Zur Klinik der Retroflexio uteri mobilis

auf Grund der Nachuntersuchung von 142 nach der Alexander-Adamsschen Methode operierten Frauen

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Helene Hölder
aus Greifswald,
Assistentin der Universitäts-Frauenklinik

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Tübingen
Druck von H. Laupp jr
1912

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen.

Referent: Professor Dr. Hugo Sellheim.

Dem Andenken meines Vaters.

Literatur-Verzeichnis.

1. Adler, Zur Klinik der Retroversio-flexio uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32, 1910.
2. Ahr, Ueber die Erfolge der orthopädischen Operationen am Uterus. Inaug.-Diss. München 1911.
3. Andersch, Dauererfolge der operativen Retroflexio und Prolapsbehandlung. Arch. f. Gyn. Bd. 65, 1902.
4. Asch, Habituelle Stuhlverstopfung und Harnorgane. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45, 1911.
5. Besse, Dauerresultate der Uterusfixationsoperationen der letzten zehn Jahre an der Göttinger Frauenklinik. Inaug.-Diss. Göttingen 1910.
6. Bossi, Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36, 1911.
7. Cohn, Max, Ueber die Dauerresultate der antefixierenden Operationen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43, 1900.
8. Döderlein-Krönig, Operative Gynäkologie. II. Aufl. Leipzig 1907, G. Thieme.
9. Döderlein, Ueber künstliche Befruchtung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1912.
10. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart, Enke 1893.
11. Ders., Die Indikationen fixierender Operationen bei Lageabweichung von Uterus und Vagina. Verhandl. d. Deutschen Ges. der Naturf. u. Aerzte. Köln 1908.
12. Fetzer, M., Der Genitalprolaps, eine Folge der späten Erstgeburt. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 1910.
13. Flaischlen, Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie. Halle a. S. 1896. K. Marhold.
14. Frank, Ueber den Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen der Frauen und Magenbeschwerden. Arch. f. Gyn. Bd. 45, 1894.
15. Freudenberg, Zur Symptomatologie und Therapie der Retroflexio uteri. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 23, 1897.
16. Freund, Unerwünschte Folgen von Colpocoeliotomien und Alexander-Adams. Verhandl. d. Deutschen Ges. der Naturf. u. Aerzte. Köln 1908.
17. Fritsch, Die Lageveränderungen und die Entzündungen der Gebärmutter. Stuttgart 1885, Enke. Deutsche Chirurgie. Liefg. 56.
18. Ders., Ueber Retroflexionsbehandlung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 21, Nr. 33, 1897.
19. Ders., Retroflexio uteri und Unfall. Deutsche med. Woch. Nr. 41, 1911.

20. Gebhard, Die Menstruation. Veits Handb. der Gyn. III, 1, I. Aufl. 1898.
21. Gradenwitz, Dauerresultate der Alquié-Alexanderschen Operation. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 13, 1901.
22. Graefe, Zur Symptomatologie und Therapie der Retroflexio uteri gravidi. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34, 1911. Diskussion zu Graefe. Zentralbl. für Gyn. Bd. 35,1, 1911, p. 686.
23. Guttwein, Ueber die Symptomatologie der Retroflexio uteri. Inaug.-Diss. Greifswald 1902.
24. Halban und Tandler, Anatomie und Aetiologie der Genitalprolapse beim Weibe. Wien und Leipzig 1907, Braumüller.
25. Hannes, Die Dauererfolge des Alexander-Adams. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 32,2, 1908.
26. Heil, Lactation und Menstruation. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23, 1906.
27. Heinricius, Ueber die pathologische Bedeutung der Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 63, 1901.
28. Hildebrandt, Ueber Retroflexionen des Uterus. Volkmannsche Samml. klin. Vortr. Nr. 5, 1870.
29. van der Hoeven, Die Asthenie und die Lageanomalien der weiblichen Genitalien. Haarlem und Jena 1909.
30. Hueter, Die Flexionen des Uterus. Leipzig 1870.
31. Israel, Ein Beitrag zur Würdigung des Wertes der Kastration bei hysterischen Frauen. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 17, 1880.
32. Katz, Fritz, Sterilität-Myom — Myom-Sterilität. Inaug.-Diss. Tübingen 1912.
33. Kehrer, Erwin, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen. Berlin 1905. S. Karger.
34. Kermauner, Ueber Aetiologie und Therapie der Dysmenorrhoe. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26, 1907.
35. Kilian, Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers. Bonn. II. Aufl. 1853.
36. Kreutzmann, Zur Behandlung der Retrodeviatio uteri durch Verkürzung der runden Bänder. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, 1896.
37. Krönig und Feuchtwanger, Zur klinischen Bedeutung der Retroversio-flexio uteri mobilis. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 10, 1899.
38. Dies., Die orthopädischen Resultate der Alexander-Adams-Operation. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 11, 1900.
39. Krönig, Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Leipzig 1902, G. Thieme.
40. Kümmell, Die Endresultate der operativen Behandlung der Retroflexio uteri nach der Alexander-Adamsschen Methode. Referat Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31, 1910.
41. Küstner, Lage und Bewegungsanomalien des Uterus. Veits Handb. I. I. Aufl. 1897.
42. Lange, Amerikanische Reiseerinnerungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26, 1911.

43. Lanz, Die Alquié-Alexandersche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Kocher. Archiv f. Gyn. 44, 1893.
44. Lippmann, Die Alexander-Adamssche Operation und ihr Wert bei unkomplizierter Retroflexio uteri. Inaug.-Diss. Berlin 1910.
45. Löhlein, Ueber die definitive Heilung der gewöhnlichsten Form von Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 8, 1882.
46. Martin, Ed., Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten. Berlin 1866.
47. Martin, Aug., Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. III. Aufl. 1893.
48. Mayer, Aug., Zur Klinik der Retroflexio. Deutsche med. Woch. 1908.
49. Ders., Ein Beitrag zur Lehre von der Hypoplasie der Genitalien und vom Infantilismus auf Grund von klinischen Beobachtungen. Hegars Beitr. Bd. 12, 1908.
50. Ders., Ueber Sterilität. Volkmanns klin. Vortr. N. F. Gyn. Nr. 184, 1908.
51. Ders., Hypoplasie und Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie. Heg. Beitr. Bd. 15, 1910.
52. Mathes, Ueber Enteroptose nebst Bemerkungen über die Druckverhältnisse im Abdomen. Arch. f. Gyn. Bd. 77, 1906.
53. Ders., Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem Berlin 1912. S. Karger.
54. Meinert, Ueber normale und pathologische Lagen des menschlichen Magens und ihren Nachweis. Zentralbl. f. innere Medizin. Nr. 12 u. 13, 1896.
55. Menge, Das Wesen der Dysmenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 25, 1901.
56. Ders., Intraperitoneale Ligamentverkürzung mit ausschließlicher Verwendung von Katgut als Fixationsmaterial. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 28, 1904.
57. Mészáros, Die gynäkologischen Operationen der letzten 10 Jahre (aus der geburtsh.-gynäk. Universitätsklinik zu München). Inaug.-Diss. München 1911.
58. Meyer, E., Die Beziehung der funktionellen Neurosen, speziell der Hysterie zu den Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23, 1906.
59. Moebius, Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I, 1895.
60. Moericke, Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Halle a. S. 1889. K. Marhold.
61. Nassauer, Die vaginale Pulverbehandlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10 u. 11, 1912.
62. Niedenthal, Ueber Ventrifixura uteri, insbesondere in ihrem Einflusse auf spätere Schwangerschaften und Geburten. Inaug.-Diss. Würzburg 1907.
63. Olshausen, Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32, 1895.
64. Pagenstecher, Ueber Aetiologie, Symptomatologie und operative Behandlung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Inaug.-Diss. Heidelberg 1908.

65. Pfannenstiel, Zur Diskussion über die Behandlung der Falschlagen von Uterus und Scheide. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 18, 1903.
66. Pozzi, Chirurgische Behandlung der Uterusretrodeviationen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 20, 1896.
67. Rech, Zur Retroflexio uteri und Alexander-Adamsschen Operation an der Bonner Univ.-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Bonn 1911.
68. Reifferscheid, Die Alexander-Adamssche Operation und ihre Dauerresultate. Arch. f. Gyn. Bd. 73, 1904.
69. Roemer, Die Heilungsaussichten der Psychoneurosen. Münch. med. Wochenschr. Bd. 58, Nr. 30, 1911.
70. Salin, Ueber die Bedeutung der Retrodeviation der Gebärmutter. Hygieia 1894. Ref. von Josephson, Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 2, 1895.
71. Scanzoni, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Würzburg 1856.
72. Schaeffer, Die Menstruation. Veits Handb. III., 1, II. Aufl. 1908.
73. Schröder, C., Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. IV. Aufl. Leipzig 1879.
74. Schröder, E., Ueber die Häufigkeit der Retroversio-flexio uteri bei Frauen ohne Genitalsymptome. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 43, 1900.
75. Schultze, B. S., Ueber Versionen und Flexionen, speziell über die mechanische Behandlung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 4, 1872.
76. Ders., Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.
77. Ders., Einiges über Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, 1896.
78. Ders., Gynäkologie in Irrenhäusern. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 15, 1902.
79. Ders.. Gynäkologie und Irrenhaus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45, 1911.
80. Ders., Ueber die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gyn. Rundschau Bd. VI, 1, 1912.
81. Sellheim, Ligamentum teres uteri und Alexander-Adamssche Operation. Heg. Beitr. Bd. 4, 1901.
82. Ders., Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens im Zustand der Ruhe und unter der Geburt. Wiesbaden 1902. Bergmann.
83. Ders., Die Erklärung der Dysmenorrhoe durch Bauchfellzerrung. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 27, 1908.
84. Ders., Beschränkung der bimanuellen Massage an weiblichen Genitalien durch Magnetmassage. Verhandl. d. Deutschen Ges. der Naturf. u. Aerzte. Königsberg 1910.
85. Ders., Einiges über die Verwertung von Psychologie in der Frauenheilkunde. Mediz. Klinik. 1910, Nr. 50.
86. Siemerling, Bemerkungen zu dem Aufsatze von Bossi in Genua: „Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes.“ Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2, 1912.
87. Sippel, Die klinische Bedeutung der Rückwärtslagerung des Gebärmutterkörpers. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26, 1907.

88. Skutsch, Zur Frage von der Bedeutung der Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 72, 1904.
89. Sommer, Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Zentralblatt für innere Medizin Nr. 9, 1902.
90. Soranus von Ephesus, Die Gynäkologie. Uebersetzt von Lüneburg, München 1894.
91. Steidl, Zur Alexander-Adamsschen Operation. Monatschr. Bd. 19, 2, 1904.
92. Stieda, Hermann, Chlorose und Entwicklungsstörungen. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 32, 1895.
93. Strümpell, Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Erlangen 1892, Fr. Junge.
94. Thedinga, Ueber die Symptomatologie der Retroflexio uteri. Inaug.-Diss. Berlin 1897.
95. Theilhaber, Beziehungen gastrointestinaler Affektionen zu den Erkrankungen weiblicher Sexualorgane. Münch. med. W. Nr. 47 u. 48, 1893.
96. Ders., Die Therapie der Retroflexio uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 2, 1895.
97. Ders., Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, 1896.
98. Ders., Die Ursachen und die Behandlung der Menstrualkolik. Münch. med. W. Bd. 48, 1, 1901.
99. Ders., Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung des Kreuzschmerzes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45, 1911.
100. Thorn, Die Retrodeviationen des Uterus im Lichte der Praxis. Volkmannsche Samml. klin. Vortr. Gyn. Nr. 195, 1909.
101. Tobler, Marie, Ueber primäre und sekundäre Dysmenorrhoe. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26, 1907.
102. Vedeler, Kleine Statistik über die Lageveränderung der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 19, 1882.
103. Ders., Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 28, 1886.
104. Veit, Die Indikationsstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 20, 1890.
105. Verhandlungen der Deutschen Ges. f. Gyn., VII. Vers. in Leipzig 1897 und X. Versamml. in Würzburg 1904.
106. Vértes, Ueber das wechselseitige Verhältnis der weiblichen Geschlechtsorgane und der Erkrankungen des Magens. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32, 1910.
107. Walthard, Vom internationalen Gyn.-Kongreß in Genf. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 20, 1896.
108. Ders., Ueber die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16, 1912.
109. v. Wild, Carl, Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. Halle a. S. 1897, K. Marhold.
110. Wille, Nervenleiden und Frauenleiden. Stuttgart 1902, Enke.
111. Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Cyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Innere Med. Nr. 132, 1906.

112. Winckel, Die Behandlung der Flexionen des Uterus mit intrauterinen Elevatoren. Berlin 1872.
113. Ders., Lehrbuch der Frauenkrankheiten. II. Aufl. Leipzig 1890, S. Hirzel.
114. Winternitz, Die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden. Referat: Berlin. klin. W. 1902, p. 991.
115. Ziegenspeck, Ueber Thure-Brandts Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. Volkmannsche Samml. klin. Vortr. Nr. 353/54, 1890.
116. Zweifel, Vorlesungen über klinische Gynäkologie. Berlin 1892.
117. Zweig, Die Pathologie und Therapie der Enteroptose und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. Halle a. S. 1911, K. Marhold.

Wohl nirgends in der Gynäkologie herrschen solche Meinungsverschiedenheiten, wie über die Bedeutung der Retroflexio uteri. Man könnte dadurch versucht werden, auf ein geringes Alter der **Lehre von den Falschlagen der Gebärmutter** zu schließen, und doch ist sie so alt wie die Geschichte der Medizin selber.

Schon die alten Griechen machten die Beweglichkeit der Gebärmutter für allerlei Uebel verantwortlich. Bereits Soranus von Ephesos, Galens Zeitgenosse, erkennt die Lageveränderungen der Gebärmutter, die durch die ihr innewohnende Reizbarkeit entstehen, indem sie durch Entzündung oder Schlaffwerden der dünnen, sie fixierenden Häute nach oben gezogen oder gebeugt wird, durch Touchieren mit den Fingern und an den Begleiterscheinungen, die bei einer Neigung nach hinten vor allem in erschwerter Kot- und Gasentleerung und Schwierigkeit beim Sitzen bestehen.

Genauer bekannt und ausführlich beschrieben wurde die Rückwärtsbeugung allerdings erst 1754 durch John Lynn und 1771 durch William Hunter, der den Ausdruck Retroflexio in die Terminologie einführte. Im allgemeinen hielt man sie für eine spezifische Krankheit des graviden Uterus, bis 1786 Peter Frank ihr Vorkommen bei Nichtschwangeren beschrieb und endlich 1817 durch Schweighäuser bekannt wurde, daß sie sogar häufiger bei Nichtschwangeren anzutreffen ist.

Mittels der erst im 19. Jahrhundert häufiger geübten bimanuellen Palpation und vor allem mit Hilfe der 1843 von Simpson eingeführten Gebärmuttersonde wurde in der Folgezeit die Retroflexio weit häufiger diagnostiziert, so daß sie bereits 1853 von Kilian eine nichts weniger als seltene Krankheitsform genannt wird.

Und doch kannte man noch nicht die wirklich normale Lage des Uterus. Einige Anatomen hielten die auf dem Sektionstisch als Resultat der Schwere gefundene Retroversio für die Norm, wäh-

rend die Gynäkologen die Retroversio — ebenso aber auch die Anteflexio — für pathologisch ansahen. Scanzoni nennt zwar beide ein Uebel von untergeordneter Bedeutung. Im allgemeinen rechnete man aber die Uterusknickungen — einerlei ob nach vorn, nach hinten oder seitwärts — zu den schweren, selbst lebenbedrohenden Erkrankungen. Eduard Martin erwähnt sogar Epilepsie und Wahnsinn unter den Folgezuständen einer der genannten Lageanomalien. Nur die Sterilität beschreibt er als Folge der Rückwärtsbeugung allein, im übrigen ist der von ihm geschilderte Symptomenkomplex bei Verlagerung nach hinten ganz identisch mit dem bei Verlagerung nach vorn. Ebenso hält Hueter ein therapeutisches Eingreifen für notwendig bei allen Flexionen. Auch Winckel hat mit seinen intrauterinen Elevatoren Anteflexionen mit gleichem Erfolg behandelt, wie Retroflexionen. Noch in Schröders Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane wird als Normallage des Uterus eine aufrechte Stellung, etwa in Richtung der Beckeneingangsachse, beschrieben.

Erst durch B. S. Schultzes exakte Untersuchungen an der Lebenden, durch seine klassische, epochemachende Darstellung der Lageveränderungen der Gebärmutter aus dem Jahre 1881, wurde allgemein bekannt, daß die typische Lage des ruhenden Uterus die schwebende Anteversioflexio ist. Schon 1872 hatte er im Archiv für Gynäkologie ausgesprochen, daß sich der Uterus bei leerer Blase in Anteversio oder Anteflexio befindet. Anormal ist Anteflexio nur dann, wenn der Uterus unbeweglich oder in seiner Beweglichkeit beschränkt ist. Die Retroversio oder Retroflexio kann im Kindesalter und nach Ablauf der geschlechtsreifen Zeit ohne Zweifel dauernd bestehen, ohne irgend die Gesundheit zu stören. Im geschlechtsreifen Alter finden sich aber nach Schultzes Ausführungen nur äußerst selten Retroversionen oder Retroflexionen, die keine Krankheitssymptome veranlassen. Er betont, daß diese Symptome äußerst schwierig zu ermitteln sind, weil die Lageveränderungen vielfach und sehr wechselnd mit anderen Affektionen des Uterus und seiner Adnexe sich komplizieren.

„Vermehrt wird die Schwierigkeit der Deutung der Symptome für diejenigen, welche erkannten, daß die bis dahin für allemal abnorm gehaltene Anteflexio der Gebärmutter deren normale Lage ist, denn es erwuchs aus dieser Erkenntnis die heilsame Verlegenheit, in einer großen Zahl von Krankheitsfällen nach

einer anderen, nach der richtigen Deutung der bis dahin der Anteflexio zugeschriebenen Krankheitssymptome forschen zu müssen.“

Die Komplikationen können die fortwirkende Ursache oder aber Folgezustände der Lageveränderung sein, sie können ferner der gleichen Ursache entspringen wie die Lageveränderung selbst, und endlich kann die kausale Beziehung fehlen, so daß es sich nur um zufällige Komplikationen handelt. Es muß festgestellt werden, ob die einzelnen Symptome zu einer der Deviationen als solcher oder zu einer der Komplikationen in nächster Beziehung stehen. „Die Symptome, um deren Deutung es sich handelt, betreffen zum Teil den Uterus selbst: Dysmenorrhoe, profuse Menstruation und Sterilität etc.; zum Teil seine nächste Nachbarschaft, namentlich Blase und Mastdarm; zum Teil stellen sie Störungen in der Funktion entfernter Organe und Störungen des Allgemeinbefindens dar: Hemicranie, Cardialgie und andere Neuralgieen, Lähmungen, Chorea, Epilepsie, Hysterie, nervöse Dyspepsie, Anämie, Chlorose.“ Als der Retroflexio eigentümliche Symptome bezeichnet Schultze 1. die profuse, lang dauernde Menstruation, die in kürzeren Intervallen wiederkehrt und sehr oft weit über das Alter, in welchem sonst die Menstruation zessiert, anhält; 2. den Abort, während die Sterilität nur eine mittelbare Folge der Retroflexio ist. Beschwerden beim Stuhlgang und Urinlassen sind häufige, aber nicht konstante Symptome, und zwar sieht Schultze hier die nächste Ursache meist in Komplikationen, aber diese Komplikationen sind Folgen der Retroflexio. Nierenaffektionen veranlassende Knickung der Ureteren, sowie Symptome von Druck auf die im Becken verlaufenden Nerven hält Schultze für ziemlich selten.

Es hat nicht an Autoren gefehlt, die auch bei unkomplizierter Rückwärtsneigung nach anderen Ursachen der Beschwerden suchten. Selbst wenn man in der Retroflexio unbedingt eine Abweichung von der Norm sieht, muß man sich doch fragen, ob sie nun wirklich an und für sich imstande ist, alle die Symptome zu machen, die früher in gleicher Weise der Anteflexio zugeschrieben wurden, oder ob diese Symptome nicht bei retroflektiertem Uterus ebenso zu erklären sind, wie bei anteflektiertem?

Scanzoni war der Erste, der nur den komplizierten Retroflexionen ernste Gesundheitsschädigungen zuschrieb. Der Sym-

ptomenkomplex der Gebärmutterknickungen ist nach seiner Ansicht nicht eine unmittelbare Folge der Inflexionen, sondern entsteht erst, wenn sich zu ihnen eine andere Texturerkrankung des Uterus hinzugesellt. Er hält darum lediglich die Beseitigung der die Knickung begleitenden Texturerkrankung und die Bekämpfung der Folgezustände für erforderlich.

Vedeler fand sogar bei der Untersuchung von 3012 Frauen die Häufigkeit der Retroflexio genau so groß bei kranker wie bei gesunder Gebärmutter. Er konnte diese Lageabweichung bei Virgines und ebenso bei nulliparen Frauen in 3% der Fälle, bei Uni- und Multiparen in 12% feststellen. Unter 313 Fällen von Retroflexio fand er 129 = 41% ohne alle Beschwerden, und zwar verteilten sich die Fälle ohne krankhafte Erscheinungen auf Jungfrauen mit 64%, Nulliparae mit 53% und Parae mit 38%. Da nun gleichzeitig „die Gebärmutterleiden überhaupt häufiger werden, je nachdem eine Jungfrau in Nullipara und Para übergeht", kommt Vedeler zu dem Schluß, daß die Retroflexio ein anatomisch-physiologisches Interesse, aber keine anatomisch-pathologische Bedeutung hat.

Auch die ihr heute so oft zugeschobenen Folgen, wie z. B. Endometritis, wurden schon von jeher bestritten. Salin wirft die Frage auf, warum bei einer Rückwärtslagerung die Endometritis von der Lage abhängig sein soll, während bei der Anteflexio eine Infektion für den Katarrh verantwortlich gemacht wird?

Durch Untersuchung und Behandlung von 882 Retrodeviationen gelangte er zu der Ansicht, daß die meisten dieser Patientinnen eigentlich ein Nervenleiden haben, und daß die sogen. Retroflexionssymptome nur nervös sind, hervorgerufen durch den suggestiven Einfluß, den die Aufklärung über die abnorme Lage des Uterus auf die Patientin ausübt, woraus sich auch in vielen Fällen der tatsächliche Erfolg der Behandlung erklärt.

Ebenso kommt Heinricius, nachdem er den Symptomenkomplex der Retroflexio einer eingehenden Kritik unterzogen hat, zu dem Schluß, daß die bei Retrodeviationen vorkommenden Symptome sehr selten auf der Lageveränderung als solcher beruhen und zwar nur dann, wenn der rückwärts gefallene Uterus einen Druck auf andere in der Nähe befindliche, oft in geringem Grade, wenn auch nicht immer deutlich nachweisbar affizierte Organe ausübt. Auf der IV. Versammlung des nordischen Chi-

rurgenvereins in Stockholm 1899 zeigte sich bei der Diskussion, daß die Gynäkologen der nordischen Länder im allgemeinen der Ansicht sind, der unkomplizierten Retroversioflexio uteri sei keine spezielle pathologische Bedeutung beizulegen.

Anders war das Resultat bei der zwei Jahre vorher in Leipzig stattfindenden Diskussion über die Retroflexio uteri auf der VII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Es wurde zwar eine möglichste Trennung der Symptome der Retroflexio von denen ihrer Komplikationen angestrebt, doch waren fast alle Redner einig über die Unentbehrlichkeit operativer Therapie auch bei reinen Retroflexionen.

Olshausen erklärte die Tatsache, daß unkomplizierte Retroflexionen etwa in der Hälfte der Fälle keine wesentlichen Beschwerden machen, daß besonders häufig rein lokale Beschwerden fehlen, zum Teil damit, daß lokale Beschwerden vielfach unterschätzt werden, weil die reflektierten Symptome oft mit Unrecht nicht auf die Flexion bezogen werden. Schultze, Veit und Rosthorn vertraten die Ansicht, daß die Retroflexio eine schwere Gesundheitsschädigung darstellt, oder wenigstens jederzeit darstellen kann. Während Löhlein rät, nur dann die Lageveränderung zu behandeln, wenn die bestehenden Symptome mit Sicherheit auf sie zurückzuführen sind, ist nach Küstner die Retroflexio als solche stets korrekturbedürftig, weil sie sicher nach längerem Bestehen durch ihre Folgen Beschwerden macht, die durch Richtiglagerung des Uterus prophylaktisch beseitigt werden können.

Auch heute noch besteht durchaus keine Einigung darüber, welche Retroflexio behandlungsbedürftig ist. Viele wollen die Lageanomalie um ihrer selbst willen bekämpfen, andere halten eine lokale Behandlung nur dann für nötig, wenn die Retroflexio Beschwerden verursacht. Dabei sind die Ansichten der Autoren über diese Symptome und die Art ihrer Abhängigkeit von der Lageanomalie — wie wir sehen werden — immer noch sehr geteilt.

Unter den deutschen Gynäkologen fordern nur einzelne bei Abwesenheit von Komplikationen die **Allgemeinbehandlung** an Stelle der lokalen Therapie. Vor allem ist es Theilhaber, der die klinische Bedeutung der Retroversio und Retroflexio bestreitet. Er hat gezeigt, daß die der Retroflexio zugeschriebenen Symptome entweder durch andere Erkrankungen — Atonia coli, Endo-

und Perimetritis etc. — hervorgerufen werden, oder aber hysterischer Natur und folglich suggestiver Therapie zugänglich sind. Die von anderer Seite auf die Lageanomalie zurückgeführten Blutungen betrachtet er nicht als Folgen der Retroflexio, auch nicht, wenn sie nach der Reposition sistieren, da es genügend Genitalblutungen gibt, die spontan aufhören. Die orthopädische Behandlung hält er nur für indiziert bei Gefahr der Inkarzeration und bei Kombination der Retroflexio mit Descensus der vorderen Vaginalwand.

Fritsch hält dagegen die guten Resultate der Allgemeinbehandlung für trügerisch, da der praktische Arzt nur Anfangssymptome sieht. Kehren die Patientinnen nicht zurück, so gelten sie für geheilt, während sie mittlerweile zum Spezialisten übergegangen sind. Und gegen Theilhabers Beobachtung, daß häufig nach der Reposition die Beschwerden zwar aufhören, bei erneuter Untersuchung aber der Uterus retroflektiert gefunden wird, macht Schultze geltend, daß ein metritisch vergrößerter Uterus sich in der Normallage im Pessar zurückbildet; würde die erneute Retroflexio wieder längere Zeit bestehen bleiben, so würden sich auch bald wieder Beschwerden einstellen. Es ist aber nicht wohl zu verstehen, wie derartig chronische Veränderungen, die einerseits erst nach langer Dauer der Falschlage entstehen, sich andererseits in kurzer Zeit ausgleichen sollen. Außerdem ist damit zugegeben, daß es erst die Komplikation ist, die Beschwerden macht.

Den Satz, daß bei einfacher unkomplizierter Retroflexio keine krankhaften Erscheinungen auftreten, daß sie vielmehr erst die Folge der recht häufigen Begleiterscheinungen sind, stellte Fehling in seinem Lehrbuch auf. Auf der Naturforscherversammlung in Köln berichtete er, daß er häufig junge Mädchen, die Retroflexionen aufweisen, allgemein symptomatisch und nicht lokal behandelt. Er hält die lokale Therapie nur bei den Retroflexionen, die Symptome machen, für indiziert, und zwar macht er bei Virgines stets die Alexander-Adamssche Operation.

Kreutzmann erblickt in der Lageveränderung als solcher nur eine Anomalie, aber keine Krankheit, nicht einmal eine Krankheitsursache; darum kann nur der starke Glauben des Publikums an die schlimmen Einwirkungen und Folgen der Gebärmutterverlagerung den Arzt in vielen Fällen — oft gegen seine Ueberzeugung — zur operativen Korrektur nötigen. Auch Krönig und Feuchtwanger empfehlen zwar für gewisse Fälle die

operative Beseitigung der Retroflexio, erblicken aber in der Lageanomalie an sich keine Indikation dafür, weil sich bei der Anteflexio gleichartige Beschwerden sogar gleich oft finden und weil die der Retroflexio zugeschriebenen Symptome alle ausnahmslos bei Hysterie vorkommen.

Ebenso kann Freudenberg nicht zugestehen, daß die Retroflexio — wie Küstner angibt — ein wohlcharakterisiertes, in seinen Erscheinungen abgerundetes Krankheitsbild darbietet. Er hat eine große Zahl der in der Landauschen Klinik konservativ und allgemein symptomatisch behandelten Retroflexionen nachuntersucht und fand in 70 % der Fälle erhebliche Besserung der subjektiven Beschwerden, aber nur in 24% Lageverbesserung, und zwar nimmt er für sämtliche Fälle Spontanaufrichtung an, die nicht die Folge der angewandten Therapie, der bimanuellen Reposition, Massage- oder Pessarbehandlung war. Daß gerade die Frauen, die sich nicht gebessert fühlten, absolut und relativ die größte Zahl von Lagekorrekturen aufwiesen, hält er nicht bloß für Ironie des Zufalls; nach seiner Auffassung bedingt mindestens in einem Teil der Fälle der anatomische Prozeß, durch den der Uterus nach vorn gelangt, den Fortbestand der Beschwerden. Er führt hier Lagekorrekturen durch Atrophie, Superinvolutio uteri, Adnextumoren und Myombildung an. In den meisten Fällen Freudenbergs waren die ursprünglichen Beschwerden auf anderweitige, mit der Rückwärtsbeugung in keinerlei direktem Zusammenhang stehenden Erkrankungen zu beziehen.

Auch Winter kommt zu dem Schluß, daß die Beschwerden, die den Symptomenkomplex der Retroflexio ausmachen sollen, nur selten auf die völlig unkomplizierte Lageanomalie direkt zurückgeführt werden dürfen. Ueber die Ergebnisse seiner Kontrolle aller in einem bestimmten Zeitraum zum erstenmal entbundenen Frauen hat Thedinga ausführlich in seiner Dissertation berichtet. 12 % der Frauen wiesen eine Retroflexio auf, aber über 70 % der reinen Retroflexionen waren ohne alle Beschwerden. Auch unter den Fällen von komplizierter Retroflexio hatte ein Teil keine Klagen, bei einer zweiten Gruppe ließ die Art der Beschwerden, verglichen mit dem anatomischen Befund, die Lageveränderung für das Krankheitsbild durchaus gleichgültig erscheinen; bei einer dritten Gruppe konnten alle Symptome ebenso gut wie auf die Retroflexio auf die sicher gleichzeitig mit ihr im Wochenbett akquirierte Parametritis bezogen werden. Immerhin kommt Thedinga

zu dem Schluß, daß es keineswegs — wie Theilhaber meint — für die Frau gleichgiltig sei, ob sie ihren Uterus in Ante- oder Retroflexio trage. Lebhaften Widerspruch verursachte besonders Theilhabers Behauptung, daß sich durch symptomatische Behandlung auch ohne Reposition des Uterus der gleiche Heilerfolg erzielen lasse, wie durch jedwede Operation.

Obwohl schon zu Scanzonis Zeit die Gebärmutterknickung nach seinen Worten „das Steckenpferd und der Modeartikel“ der Gynäkologen war, ist doch der Streit über ihre pathologische Wertigkeit immer noch nicht beigelegt. Eine größere Einigung über diesen Punkt wird nur durch Vermehrung von Nachuntersuchungsergebnissen zu erzielen sein, durch die nachzuweisen wäre, ob wirklich — wie Olshausen sagt — die Abhängigkeit der Beschwerden von der Lageanomalie durch die Therapie bewiesen ist.

Theilhabers streng konservativer Standpunkt, den Max Cohn bereits 1900 als einen von seiten der Gynäkologen allgemein verlassenen kennzeichnete, wurde 1908 auf der Naturforscherversammlung in Köln mit allem Nachdruck von A. Mayer vertreten. Auf Grund seiner am Material der Heidelberger Klinik gewonnenen Anschauung, daß die sogenannten Retroflexionssymptome zum größten Teil einerseits von gleichzeitigen Erschlaffungszuständen oder anderen Komplikationen, andererseits von allgemeiner Nervosität bedingt sind, hatte er bei den Patientinnen mit Retroflexio, welche die Ambulanz der Tübinger Frauenklinik aufsuchten, lediglich die Komplikationen oder das Allgemeinbefinden, die Chlorose, Neurasthenie, Dysmenorrhoe und dergl. behandelt und auf diese Weise sehr befriedigende Resultate erzielt. Durch solche Sichtung des Materials kam es, daß seit Oktober 1907 in der Tübinger Frauenklinik (Direktion Prof. Sellheim) nur insgesamt 6 Alexander-Adams-Operationen ausgeführt wurden, und zwar meist mit Rücksicht auf die Auffassung des einweisenden Arztes, in anderen Fällen auf dringenden Wunsch der Patientin. Außerdem wurde der Uterus 7 mal antefixiert bei Gelegenheit von Adnexoperationen. Davon abgesehen wurde überhaupt keine einzige fixierende Operation gemacht. Selbst bei Prolapsoperationen wird eine vorhandene Retroflexio unberücksichtigt gelassen, ja wir scheuen uns nicht, unter Umständen bei Laparotomien den Uterus zum Zweck der Peritoneal-Deckung hinten zu fixieren. Diese in drei Jahren praktisch erprobten Grundsätze formulierte Sellheim auf der Naturforscherversammlung in Königsberg 1910 dahin, daß die Retroflexio

als solche nur in den seltensten Fällen einer Therapie bedarf. „Bei vielen Retroflexionen bestanden gleichzeitig andere Leiden: Endometritis, Vorfälle, chronische entzündliche Veränderungen an den Adnexen und Bändern, Obstipation, auch das labile Nervensystem war teilweise erschüttert: alles wurde sorgfältig behandelt ohne irgendwelche Beachtung der Rückwärtslagerung.“ Die guten Resultate beruhen nicht etwa auf einer Selbsttäuschung, denn unsere poliklinischen Patientinnen pflegen fast ausnahmslos der Tübinger Ambulanz treu zu bleiben.

Bei den Frauen der arbeitenden Klasse, die nach Niedenthal, auf dessen Ansicht wir noch zurückkommen werden, weitaus den größten Prozentsatz der Retroflexionen stellen, scheitert die Allgemeinbehandlung allerdings oft aus äußeren Gründen. Besonders Fritsch macht auf die Wichtigkeit des Individualisierens in der Behandlung der Retroflexio aufmerksam. Das Ziel muß stets sein, volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen; es ist aber ein großer Unterschied, welche Arbeit geleistet werden muß.

Jeder Arzt weiß, wie schwer es hält, der Hausfrau und Mutter, die womöglich gleichzeitig in Landwirtschaft oder Industrie tätig sein muß, die zur allgemeinen Kräftigung ihrer psychischen und physischen Natur durchaus nötige Ruhe und Erholung zu verschaffen. Eine Operation, die diese Patientinnen mit einem Schlage von den schwächenden Blutungen, von dysmenorrhoischen Beschwerden, nervösen und körperlichen Störungen aller Art befreien könnte, wäre mit Freuden zu begrüßen.

Die **nicht operativ-mechanische Behandlung der Retroflexio** ist für die Frau der unteren Schichten erst recht zu mühsam, zu zeitraubend und zu kostspielig, überdies weist sie wenig sichere Erfolge auf. Die Dauerresultate der manuellen Aufrichtung nach Schultze mit anschließenden hydrotherapeutischen Maßnahmen oder Massage nach Thure Brandt sind keine glänzenden. Nicht besser steht es mit der Pessarbehandlung.

Saenger berichtet über absolute Heilungen bei Pessartherapie in 25 %, relative Heilungen, d. h. Fälle, in denen der Uterus in Anteversio bleibt, solange das Pessar getragen wird, fand er 40 %. Löhlein sah in 9—10 % Dauerheilung durch Pessare, Fränkel nur in etwa 8 %. Tritt Besserung ein, selbst wenn der Uterus im Pessar retroflektiert bleibt, so wird das meist auf Suggestion beruhen. Auch Zweifel fand, daß einzelne Frauen durch eingelegte Ringe gleichsam hypnotisiert werden, „die

Lage ist ziemlich wieder die alte geworden, von Beschwerden fühlen sie sich frei und besitzen ihre volle Leistungsfähigkeit". Für einzelne Fälle mag Thedinga recht haben, der die heilende Wirkung des Rings dadurch erklärt, daß der Fundus uteri nicht mehr so tief in den Douglas hinabsinken kann und somit die descendierten und sekundär erkrankten Ovarien nicht drückt.

Olshausen hält die Pessarbehandlung wenigstens in der Privatpraxis für befriedigend; es sind aber auch fast ausschließlich Frauen der begüterten Stände, bei denen sie heilenden Wert besitzen kann. Die Arbeiterfrauen bekommen Beschwerden durch das Herunterpressen der Scheide, oder sie verlieren das Pessar. Darum operierte Pfannenstiel bei poliklinischen Patientinnen mit Descensus und Retroflexio einschließlich des Prolapses in 28,6 %, in der Privatpraxis dagegen nur in 2,4 % der Fälle.

Viel ist darüber gestritten worden, welche **Operation** bei Retroflexio mobilis die Methode der Wahl sei. Die erste Veröffentlichung über operative Lagekorrektur des Uterus stammt von Köberlé, der 1869 ein gesundes Ovarium entfernte und den Stiel in die untere Bauchwand vernähte; die Besserung der Lage war vollkommen. 1880 folgte Lawson Tait mit einer anderen Methode, indem er den Uterus durch Naht an die Bauchwand fixierte. Im folgenden Jahre verwertete William Alexander, und nur wenige Monate später, unabhängig von ihm, der englische Chirurg Adams den Vorschlag Alquiés und Arans, durch Verkürzung der Ligamenta rotunda Einfluß auf die Verlagerung des Uterus zu gewinnen. In Deutschland beschäftigte sich bereits 25 Jahre früher Reynier, damals Assistent Prof. Langenbecks in Berlin, mit dem Gedanken, durch Verkürzung der runden Bänder einen Uterusprolaps oder eine Retroversioflexio zu korrigieren. Da er an der Leiche ein sehr gutes Resultat erzielte, führte auf seine Anregung Bernhard von Langenbeck 1856 die Operation an der Lebenden aus. Wie wir der liebenswürdigen Mitteilung Dr. de Reyniers in Neuchâtel entnehmen, blieb es bei dem einzigen Versuch, weil der Erfolg, infolge Vereiterung der Wunden, zu wünschen übrig ließ. Es ist also Reynier gewesen, der die **Alquié-Alexander**sche **Operation** zuerst in Deutschland einführte; ernsthaft diskutiert wurde sie aber erst 1886 auf dem 1. Gynäkologenkongreß in München, wo sie zunächst allgemein abfällig beurteilt wurde. In den seither verflossenen 25 Jahren ist eine Fülle neuer Operationen aufge-

taucht. Die Masse der Vorschläge beweist die Unzulänglichkeit der Methoden. Sie alle können eben niemals eine absolut normale Lage herstellen. Am nächsten kommt den physiologischen Verhältnissen die Methode von Alexander und Adams, die darum trotz der ursprünglichen grundsätzlichen Ablehnung bereits auf dem internationalen Gynäkologenkongreß in Genf 1896 als die leistungsfähigste Methode für die bewegliche Retroflexio proklamiert wurde. Einige Autoren, z. B. Pfannenstiel, wollen sie allerdings für Frauen, die geboren haben, reserviert sehen, da nach ihrer Ansicht bei Nulliparen die Ligamenta rotunda zu schwach entwickelt seien. Sellheims Forschungen beweisen aber, daß im geschlechtsreifen Alter in den meisten Fällen die Vorbedingungen für die Auffindung des Ligamentum teres am äußeren Leistenring gegeben sind. Die Alexander-Adamssche Operation hält nach Ansicht der erfahrensten Frauenärzte den Uterus in Anteflexio fest, ohne seine physiologische Bewegungsmöglichkeit zu beeinträchtigen, sie gestattet ihm freie Entfaltung bei Eintritt einer Gravidität und hinterläßt keine späteren Nachteile. Nach Fritsch ist sie prinzipiell die ungefährlichste und leichteste Methode in allen Fällen von unkomplizierter Retroflexio. Natürlich ist die Gefahrlosigkeit keine absolute: So fand Tillmann 0,8% Todesfälle (unter 228 Fällen), Petri berechnet sogar eine Mortalität von 3,3%, Rumpf, Peters und Fehling dagegen 0%. Auch auf dem unlängst in Kiew abgehaltenen III. Kongreß russischer Geburtshelfer und Gynäkologen wurde festgestellt, daß bei der Alexander-Adams-Operation primäre und Dauerresultate günstig sind, die Mortalität gleich Null.

In einer vor kurzem erschienenen Statistik über die gynäkologischen Operationen der Frauenklinik zu München finden sich für den Zeitraum vom Oktober 1907, d. h. seit Leitung der Klinik durch Geheimrat Döderlein, bis 30. Juni 1910 für Retroflexio uteri mobilis 37 Operationen verzeichnet, und zwar 37mal Alexander-Adams-Operation. Weit häufiger hat Döderlein die Alexander-Adamssche Operation während seiner Tübinger Tätigkeit ausgeführt, nämlich in einem entsprechenden Zeitraum — von Januar 1905 bis Oktober 1907 — 204mal. Todesfälle wurden nicht beobachtet. Auf genaue Feststellung des Prozentsatzes der Operationen gegenüber den konservativ behandelten Retroflexionen mußte ich verzichten, da die nichtoperierten

Rückwärtslagerungen nur zum kleineren Teil in der Klinik aufgenommen wurden, für die ambulant Behandelten aber eingehendere Notizen fehlen.

Die Anhänger der operativen Therapie weichen in ihrer Indikationsstellung weitgehend von einander ab. Während z. B. Dührssen fast jede Retroflexio operiert, finden wir für die Prager und Heidelberger Klinik unter Rosthorn 33% Operationen angegeben. So hoch dürfte sich die Zahl der unter Döderlein operierten Retroflexionen nicht stellen, wir haben es also mit einem besonders sorglich ausgewählten Material zu tun.

Es handelt sich da um Frauen aus eben derselben Gegend, denselben sozialen Schichten wie Sellheims und A. Mayers Patientinnen. Zum Vergleich mit der oben erwähnten günstigen Erfahrung mit der jetzt in Tübingen geübten konservativen Therapie dürfte die Nachuntersuchung der von Döderlein operierten Patientinnen mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Resultate nicht ohne Interesse sein.

Um ein möglichst großes Vergleichsmaterial zu gewinnen, wurden die in den Jahren 1903 bis Oktober 1907 operierten Frauen zur Kontrolle bestellt. Leider war bei einem großen Teil die Adresse unbekannt.

Jahr:	operiert:	davon bestellt:
1903	22	18
1904	46	41
1905	60	48
1906	84	71
1907	60	48
Summa:	272	226.

Von den 226 zur Nachuntersuchung bestellten Frauen konnten 24, die großenteils zur Zeit der Operation Dienstmädchen waren, nicht mehr aufgefunden werden. 5 Patientinnen waren inzwischen gestorben. Von den übrigen 197 stellten sich 142 zur Nachuntersuchung ein. Eine Anzahl der Patientinnen gab brieflich über ihr Befinden Bescheid. Diese Fälle wurden nicht berücksichtigt.

Unter diesen 142 Frauen waren 111 Parae, bei 31 Patientinnen war dagegen die Retroflexio schon vor der ersten Geburt festgestellt worden. Wir haben also **21,8 % Nulliparae** unter unserem Material. Dieser Prozentsatz würde größer sein, wenn nicht gerade die Adresse der zur Zeit der Operation unverheirateten Patientinnen in so vielen Fällen nicht mehr festzustellen

gewesen wäre. Pagenstecher, der auf Anregung von A. Mayer das Material der Heidelberger Klinik bearbeitete, fand unter den Retroflexionen 23% Nulliparae. Nach einer Zusammenstellung aus der Literatur bei van der Hoeven findet sich die Retroflexio in 21,7% bei Nulliparen, also in einer fast genau unserer Zahl entsprechenden Häufigkeit. Er selbst beobachtete 29%, Salin sogar 41,6% Nulliparae. Ursprünglich herrschte dagegen die Ansicht, daß die Retroflexio nur äußerst selten bei einer Frau, die nicht geboren hat, gefunden werde, aber schon 1870 hatte Hildebrandt unter den von ihm veröffentlichten Gebärmutterknickungen 33% Nulliparae.

Die von Döderlein in Tübingen nach der Methode von Alexander-Adams operierten Retroflexionen bilden einen ziemlich bedeutenden Prozentsatz der klinisch operativ und nicht operativ behandelten Fälle.

Jahr:	klinisch behandelte Fälle:	darunter Alex.-Adams-Operat.:
1903	685	22 = 3,21 %
1904	711	46 = 6,47 %
1905	803	60 = 7,47 %
1906	901	84 = 9,32 %
Jan. 1906—Okt. 1907	766	60 = 7,83 %
Summa:	3866	272 = 7,03 %.

Unter 3866 klinischen Fällen wurde 272 mal die Alexander-Adamssche Operation ausgeführt, d. h. in 7%. Natürlich gibt diese Zahl nicht im geringsten einen Begriff von der wirklichen **Häufigkeit der Retroflexio** bei genitalkranken Frauen, geschweige denn von ihrer Häufigkeit überhaupt, die aus leicht begreiflichen Gründen nur schwer festzustellen ist. Krönig und Feuchtwanger beobachteten unter 136 poliklinisch von ihnen entbundenen Frauen längere Zeit nach stattgehabter Geburt 103 Anteflexionen und 33 Retroflexionen, also 24%, wobei uns besonders wichtig erscheint, daß von diesen Frauen mit anteflektiertem Uterus 44% Beschwerden hatten, von denen mit retroflektiertem Uterus nur 40%!

Naturgemäß beziehen sich die Angaben der Autoren vorwiegend auf genitalkranke Frauen, und zwar werden, wie Krönig und Feuchtwanger angeben, im allgemeinen bei ca. 20% der zum Gynäkologen kommenden Frauen Retrodeviationen gefunden. Ahr berechnet den Prozentsatz der Retrodeviationen auf 16 bis

19% aller gynäkologischen Fälle. Rech fand sogar 19—23%; Guttwein dagegen in Greifswald nur 11,8%, während Olshausen sogar 33% angibt. Denselben Prozentsatz berechnete Pagenstecher aus 1007 Krankengeschichten der Heidelberger Klinik, darunter waren aber nur 10,4% unkomplizierte Retroflexionen.

Die große Verschiedenheit der Angaben bei den einzelnen Autoren erklärt sich zum Teil daraus, daß nicht genügend scharf zwischen komplizierter und unkomplizierter Retroflexio unterschieden wird, daß ferner bald nur Beobachtungen an Frauen mit Genitalsymptomen, bald auch solche ohne lokale Beschwerden, ja selbst gesunde der Statistik zugrunde gelegt werden; außerdem mögen örtliche Unterschiede in Betracht kommen. Auch sollen soziale Verhältnisse eine Rolle spielen. Entgegen Niedenthals Behauptung, daß die Retroflexio besonders bei der Frau der arbeitenden Klasse vorkomme, überwiegt nach Fritsch die Rückwärtsneigung in der Praxis elegans. Er rechnet sogar die größere Hälfte der Sprechstunden-Patientinnen eines Gynäkologen auf Retroflexionen. Löhlein fand in der Poliklinik 17,5%, in der Privatsprechstunde 18,6% Fälle, in denen die Retroflexio die wesentliche, nicht etwa eine beiläufige Abweichung von der Norm war. Bei der Durchsicht des poliklinischen Jahrbuchs der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen für das Jahr 1908 finde ich bei einer Frequenz von 2900 Patientinnen 649mal die Notiz, Uterus retroflektiert, ohne Rücksicht auf die eventuelle Haupterkrankung, also in **22,38**% der gynäkologisch Kranken bezw. sich für genitalkrank haltenden Frauen. Diese Zahl entspricht nahezu der von E. Schröder bei Frauen ohne Genitalsymptome gefundenen. Er stellte dabei ca. 75% Anteversioflexionen fest und in etwa 25% Retroversioflexionen und schließt daraus — unbeschadet der Schultzeschen Lehre, daß die vorn übergeneigte Lage des Uterus die typische ist —, daß auch die Retroversioflexio zu den regelmäßig vorkommenden Lagen des Uterus gehört. Jedenfalls läßt sich aus der Statistik kein sicherer Anhaltspunkt für größere Häufigkeit der Retroflexio bei genitalkranken als bei genitalgesunden Frauen gewinnen, so daß auf diesem Wege durchaus kein Beweis dafür zu finden ist, daß die Retroflexio als solche die Frauen treibt, ärztliche Hilfe aufzusuchen; eher wäre das Gegenteil zu beweisen.

Bedenkt man, daß die Frau der begüterten Stände überhaupt leichter wegen geringfügiger Beschwerden den Gynäkologen aufsucht, so kann die Statistik auch keine Antwort geben auf die Frage nach dem häufigeren Vorkommen der Retroflexio in der Praxis elegans oder pauperum. Eine Lageabweichung des Uterus kommt aber unzweifelhaft in der Poliklinik häufiger zur Beobachtung als in der Privatsprechstunde. Ich meine den Prolaps, und zwar steht hier gerade Tübingen, wie Döderlein festgestellt hat, mit 12 % an der Spitze der Häufigkeitsskala.

Unter unseren 142 Fällen von Retroflexio wurde 56 Mal gleichzeitig wegen **Prolaps** operiert, d. h. in 39,44 % der Fälle. Bei der Nachuntersuchung wiesen 14 dieser 56 Fälle = 25 % ausgesprochene Cystocelen, 3 gleichzeitig eine Rectocele auf. Geringen Descensus der vorderen Scheidenwand fanden wir in weiteren 9 Fällen, in einem siebenten Fall eine minimale Rectocele, so daß also das orthopädische Resultat der Plastik in 35 von 56 Fällen = 62,5 % ein tadelloses war, wogegen wir 37,5 % Recidive der Plastik haben.

Wenn wir im folgenden von Recidiven sprechen, so meinen wir stets die erneute Falschlage des Uterus, und zwar wurden als **Recidive** alle Fälle gerechnet, bei denen der Uterus bei leerer Blase und leerem Darm nicht anteflektiert lag, also auch die sogenannte Mittelstellung und die Retroversio. Wir geben ohne weiteres zu, daß auch die Mittelstellung als Lageverbesserung betrachtet werden darf, wir rechnen aber so streng, um den Nutzen der Alexander-Adamsschen Operation in bezug auf das subjektive Befinden in möglichst günstigem Licht erscheinen zu lassen.

Unter 142 Gesamtfällen 33 Recidive = 23,24 % der Alexander-Adamsschen Operation

„ 86 Fällen reiner Alexander-Adams-Operationen 23 Recidive = 26,74 %,

„ 56 Fällen von Alexander-Adams und Plastik 10 Recidive = 17,86 %.

Es scheint somit die Lagekorrektur bei den Prolapskranken mehr den natürlichen Tendenzen des Organismus zu entsprechen als bei den Patientinnen ohne Prolaps, was auch erklärlich ist, da unter letzteren sehr viel angeborene Retroflexionen sind, während unter den gleichzeitig mit Plastik behandelten Frauen nur 2 waren,

die nicht geboren hatten. Für die übrigen 54 Prolapskranken kann angenommen werden, daß der Uterus vorwiegend infolge des bei der Geburt akquirierten Erschlaffungszustandes hinten lag, während die Anteflexio die ihm adäquatere Lage war, die darum auch nach der Operation öfter beibehalten wurde als bei den reinen Alexander-Adamsschen Operationen. Auch Pagenstecher fand nach vaginaler Fixation mit Plastik, dem für Retroflexio mit Prolaps in der Heidelberger Klinik geübten Operationsverfahren, nicht nur sehr viel mehr Patientinnen beschwerdefrei als nach der abdominalen Fixation, die bei unkomplizierter Retroflexio ausgeführt wurde (60 % gegenüber 25 %), sondern auch einen viel kleineren Prozentsatz von Recidiven, nämlich 12 % gegenüber 19 % bei den Fällen ohne Plastik.

Im Gegensatz zu dieser geringen Zahl orthopädischer Mißerfolge bei gleichzeitiger Plastik fanden Döderlein und Krönig in 46 nachuntersuchten Fällen von kombinierter Plastik und Alexander-Adams-Operation den Uterus in 24 Fällen = 52,2 % wieder in Retroflexio oder Retroversio.

Unter den 142 Gesamtfällen recidivierte die Retroflexio in 23,24 %. Daß diese Zahl im Verhältnis zu dem Ergebnis anderer Nachuntersucher relativ hoch ist, wird, abgesehen von der strengen Rechnung, durch die lange Beobachtungszeit verursacht, liegen doch zwischen Operation und Kontrolle 4—8 Jahre, die kürzeste Zeitdauer beträgt $3^1/_2$ Jahre. Ahr betont, daß sich gerade bei der Alexander-Adamsschen Operation ein Recidiv ganz allmählich durch nachträgliche Erschlaffung und Dehnung des Ligamentapparates entwickeln kann. Er fordert darum ebenso wie Hannes, daß die Nachuntersuchung frühestens 2 Jahre nach der Operation stattfinde, soll sie ein richtiges Bild von dem Dauererfolg geben. Hannes fand allerdings nur 4,2 % Recidive, während Gradenwitz, nach dessen Ansicht sich Mißerfolge fast ausnahmslos kurze Zeit post operationem offenbaren, so daß auch Nachuntersuchungen nach weniger als $^1/_2$ Jahr in Betracht gezogen werden dürfen, unter 75 nachuntersuchten Fällen $5^1/_3$ % Recidive hatte. Auch Steidl rückt die Beurteilungsgrenze ziemlich weit herein. Nach seinen Erfahrungen kann eine Kontrolle 2—5 Monate nach der Operation schon endgültig über den Erfolg entscheiden. Er berechnet 95,6 % objektive Dauerheilungen, also 4,4 % Recidive, während z. B. Kummer, der eine Beobachtungszeit von 5—6 Jahren aufzuweisen hat, 20 % fand, eine Zahl, die

Andersch sogar als Durchschnitt angibt und die der unsrigen sehr nahe kommt. Wie sehr die von den einzelnen Operateuren erzielten Dauerresultate von einander abweichen, fällt bei einem Blick auf Reifferscheids Zusammenstellung der in der Literatur veröffentlichten Recidivzahlen sehr in die Augen. Es finden sich da Extreme von 0 bis 44 %; als Durchschnitt berechnet Reifferscheid für die insgesamt 840 nachuntersuchten Fälle von Alexander-Adams operation 12,4 % Recidive. Eine Ursache für die großen Unterschiede liegt auch in der ungleichen Anzahl von Nulliparen und Multiparen, von denen letztere eventuell gleichzeitig unoperiert gebliebene Erschlaffungszustände aufweisen.

Das kosmetische Resultat an der Narbe war in unseren Fällen durchschnittlich vorzüglich. In der Literatur wird der Alexander-Adams operation vielfach der Vorwurf gemacht, sie disponiere zu Hernien; der Prozentsatz der postoperativen Leistenhernien schwankt bei den verschiedenen Autoren zwischen 0 und 1,4 %. Nur eine unserer Patientinnen gab an, einen Bruch zu haben, und zwar handelte es sich bei ihr um ein Recidiv nach einer bei Gelegenheit der Alexander-Adams schen Operation ausgeführten Hernienoperation. Die 9 anderen, bei denen wir Hernien entdeckten, hatten keine darauf bezüglichen Beschwerden. Wir fanden also allerdings meist ganz unbeträchtliche Leistenbrüche in 7 % der Fälle. In 6 Fällen war ferner eine kleine Fascienlücke vorhanden, zweimal eine geringe Verwachsung der Narbe mit der Unterlage. In den übrigen 124 Fällen war die Narbe gut verschieblich.

Ueber **Schmerzen in den Narben** klagten 65 Frauen = 45,77 % was um so nachteiliger auffällt, da fast alle Narben (87,3 %) anatomisch tadellos normal waren. Eine ganze Anzahl der Frauen hatten diese unangenehmen Empfindungen und stechende Schmerzen in den Inguinalgegenden ausschließlich bei Anwendung der Bauchpresse; 3 bei schwerer Arbeit, 3 beim Stuhlgang, 5 bei Husten und Niesen; 8 weitere gaben an, jeden Wetterwechsel in den Narben zu spüren.

Krönig und Feuchtwanger erwähnen das Vorkommen derartiger Schmerzen in den Inguinalgegenden während der Schwangerschaft. Auch Küstner fand Klagen über ein ziehendes und spannendes Gefühl in den Leistengegenden, das oft nach dem Meso- und Epigastrium ausstrahlt, speziell während der Gravidität. Dagegen gaben nur 2 unserer Patientinnen an, diese

Schmerzen ausschließlich während der Schwangerschaft gefühlt zu haben, 5 litten nur zur Zeit der Menses daran.

Die Beschwerden während der Schwangerschaft, allenfalls noch während der Menstruation, lassen sich erklären durch die Vergrößerung des Uterus und das dadurch bedingte Höhertreten der Ligamentansätze, oder durch die Kontraktionen des Uterus zur Zeit der Menstruation. Da trotzdem nur 2 bezw. 7 unserer Patientinnen diese anatomisch erklärbaren Beschwerden hatten, spricht die Klage über Schmerzen in den Narben so lange Zeit nach der Operation recht deutlich für einen nervösen Ursprung derselben.

Im übrigen hatte die Alexander-Adams-Operation keinerlei nachteilige Folgen für die Schwangerschaften, wir konnten auch keine auf die Operation zu beziehenden Geburtsstörungen feststellen.

Wenn der orthopädische Erfolg von Adler als der maßgebende Punkt bei Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer lagekorrigierenden Operation bezeichnet wird, so ist das gewiß richtig bezüglich der Wertigkeit der betreffenden Methode im Vergleich mit anderen. Wichtiger aber ist die Frage, ob es zweckmäßig ist, die betreffende pathologische Affektion überhaupt einer operativen Therapie zu unterwerfen. Darauf geben uns nur die **funktionellen Resultate** Antwort.

Auffallend ist bei der großen Zahl von Angaben über den objektiven Erfolg, wie wenig in der Literatur über das subjektive Befinden der behandelten Frauen nach der Lagekorrektur mitgeteilt wird. Wie Krönig und Feuchtwanger betonen, wird meist nur kurz erwähnt, daß sämtliche Frauen nach der Operation blühend aussahen und ihre Beschwerden verloren hatten, so daß man nach diesen Arbeiten die Anschauung gewinnen könnte, daß in der Tat in allen Fällen eine Abhängigkeit der Beschwerden von der Lage des Uterus bestehe. Auch in den neuerdings von den verschiedensten Kliniken veröffentlichten Berichten über Nachuntersuchungen von nach der Alexander-Adams schen Methode operierten Frauen fehlen zum großen Teil die Angaben über funktionelle Resultate, die uns doch in erster Linie interessieren müssen. Denn Zweck und Endziel der chirurgischen Tätigkeit kann es niemals sein, lediglich eine anatomische Anomalie zu korrigieren, sondern die von dem Fehler abhängigen Beschwerden zu beseitigen und zu heilen. Es muß

darum Niedenthals Standpunkt aufs entschiedenste abgelehnt werden, wenn er seine Behauptung, daß alle von ihm besprochenen Fälle von Ventrifixura uteri jeglicher Anforderung, die wir an eine Operation stellen, gerecht werden, folgendermaßen begründet: „Vor allem wurde durch die Operation das Leben keiner Patientin gefährdet, und auch der Gesundheitszustand der operierten Patientinnen wurde durch die Operation nicht verschlimmert. Was die andere Anforderung an die Operation anbelangt, daß die Lageanomalie des Uterus wirklich definitiv beseitigt wird, so ist auch hierin ein durchaus befriedigendes Resultat zu finden.“ So genügsam und bescheiden wie Niedenthal waren wir freilich nicht!

Sehr richtig betont Steidl, „daß die Operation nur denjenigen Frauen Nutzen gebracht hat, die neben der richtigen Lage des Uterus auch Beschwerdefreiheit in bezug auf die Genitalsphäre besitzen. Ist der orthopädische Erfolg ein tadelloser, so müssen die Kreuzschmerzen, Urinbeschwerden, Stauungsblutungen verschwunden sein, sonst ist in der Auswahl der Fälle nicht mit der nötigen Sorgfalt verfahren worden. Daß dies mitunter eine größere Kunst ist, als die Operation auszuführen, ist zweifellos.“ Er berechnet für seine Fälle 95,6% objektive und 93,1% subjektive Dauerheilung, ein gewiß vorzügliches Resultat.

Es ist ja eine in jedem Gebiet der Medizin alltägliche Erfahrung, daß die nach einer Operation noch vorhandenen oder neu aufgetretenen subjektiven Beschwerden nicht immer mit dem objektiven Befund übereinstimmen. Wenn aber Krönig und Feuchtwanger bei keiner ihrer operierten und nachuntersuchten Frauen das symptomatische Resultat unmittelbar nach der Operation und dauernd ein gutes nennen können, so muß das sehr zu denken geben.

Brinkmann veröffentlicht eine Enquête über 118 nach Fritsch operierte Fälle von Ventrifixur, lediglich nach den subjektiven Anschauungen der Patientinnen betrachtet, ohne Rücksicht auf den objektiven Befund. 38,5% waren geheilt und gebessert, 61,5% nicht geheilt. Dabei ist das orthopädische Resultat gerade bei Ventrifixur größtenteils vorzüglich. Auch Löhlein berichtet über viele Fälle, in denen der anatomische Erfolg tadellos, der Heilerfolg gleich Null war. Noble hat unter 95 Alexander-Adams-Operationen nur einen objektiven, aber 20 subjektive Mißerfolge. Besserers Patientinnen waren nur in 5,7% beschwerdefrei, während Kümmell, der 130 Frauen 6—12 Monate

nach der Operation untersuchte, und dabei mit 4 Ausnahmen stets Anteflexio fand, „in der überwiegenden Mehrzahl“ Beschwerdefreiheit feststellte. Von den von Hannes nachuntersuchten 71 Frauen klagten noch 25 über irgend welche Beschwerden, aber nur 7 davon gaben an, durch die Operation gar keine Besserung erfahren zu haben.

Bedeutend bessere Resultate fand Lippmann bei 40 nachuntersuchten Frauen der Olshausenschen Klinik. Nur in 2 Fällen war ein Recidiv nachzuweisen, diese Patientinnen hatten auch noch, resp. wieder dieselben Klagen, wie vor der Alexander-Adams-Operation. Dagegen waren bei mehr als $^2/_3$ der Frauen mit gutem orthopädischem Resultat keine subjektiven Beschwerden vorhanden, bei den übrigen erklärten sich die Klagen fast immer durch den gynäkologischen Befund oder den Allgemeinstatus. Auch Ahr fand „das subjektive Resultat, alles in allem genommen, ebensogut wie das anatomische.“ Unter den in der Amannschen Klinik nach Alexander-Adams Operierten konnte er 20,2% als geheilt eruieren, nur in 2,02 % war bei der Nachuntersuchung keine Besserung zu verzeichnen. Daß in einigen Fällen die subjektiven Beschwerden unvermindert oder noch erheblich verstärkt weiter bestehen, erklärt er damit, daß diese Frauen sich oft erst recht spät zur Operation entschließen, wenn auf Grund langdauernder Stauungen schon chronische Veränderungen an den Genitalien eingetreten sind. Er befindet sich da im Gegensatz zu vielen erfahrenen Gynäkologen, unter anderen Menge, der gerade das allmähliche Verschwinden objektiv nachweisbarer Schwellungszustände nach der Lagekorrektur beobachtet hat. Es ist bei Ahrs Auffassung nicht ganz verständlich, daß die Frauen immerhin bewahrt bleiben „von einer aus dem Fortbestehen der Lageanomalie sich ergebenden Steigerung ihrer Beschwerden“. Sollte nicht auch das Fortbestehen der Komplikation im Laufe der Zeit stärkere Beschwerden machen können, ebensogut wie das Fortbestehen der Lageanomalie? Abgesehen von dieser Möglichkeit möchten wir doch, wie schon gesagt, es nicht als „subjektiv gutes Resultat“ ansehen, wenn einfach der Status quo bestehen bleibt.

Zu sehr günstigen Resultaten gelangt Besse in seiner Besprechung der Uterusfixationsoperationen der Jahre 1900 bis 1910 an der Göttinger Frauenklinik. Das Dauerresultat bei Alexander-Adams war in allen Fällen gut, = 100% Heilungen, die

Patientinnen hatten nur geringfügige Klagen, bei den meisten Fällen findet sich die Notiz „vollkommen beschwerdefrei“.

Unter den von uns nachuntersuchten 142 Fällen hatten keine oder nur geringfügige Klagen 48 = 33,80%, gebessert waren 51 = 35,92%, vollkommen ungebessert oder verschlechtert 43 = 30,28%. Ebenso wie Pagenstecher, der bei der Nachuntersuchung von 92 mit Ventrofixation behandelten Patientinnen 25% der Frauen mit anteflektiertem Uterus beschwerdefrei fand, gegenüber sogar 33,3% mit retroflektiertem Uterus, stellten auch wir eine weitgehende Unabhängigkeit der orthopädischen und funktionellen Resultate von einander fest.

Unter 142 Gesamtfällen war in 109 Fällen = 76,76% der Uterus anteflektiert. Hierbei werden 6 Gravidae als Anteflexionen gerechnet. Daß diese Berechnung zugunsten des orthopädischen Resultates falsch sein kann, ist klar. Von diesen 109 Fällen mit orthopädisch gutem Resultat waren:

I.	beschwerdefrei[1])	37 = 33,94%
II.	gebessert	40 = 36,7 %
III.	ungebessert oder verschlechtert	32 = 29,36%.

Von den 33 Patientinnen, die Recidive der Retroflexio aufwiesen, waren:

IV.	beschwerdefrei	11 = 33,3 %
V.	gebessert	11 = 33,3 %
VI.	ungebessert oder verschlechtert	11 = 33,3 %.

Diejenigen Patientinnen, die keine Besserung resp. gar Verschlechterung ihres Befindens angaben, wurden stets ausdrücklich gefragt, ob nicht eine gewisse Zeit nach der Operation die Beschwerden vermindert waren. Die Beobachtung, daß die Beschwerden gewöhnlich direkt nach der Operation verschwinden und erst längere Zeit danach wieder auftreten, spricht, wie Krönig ausführt, gegen die vielfach gemachte Annahme, daß die Nichtbeseitigung gewisser Komplikationen der Lageanomalie, z. B. Narben oder Verwachsungen, geringe Veränderungen an

[1]) Als beschwerdefrei wurden alle Patientinnen gerechnet, die zunächst angaben, mit der Operation zufrieden zu sein, selbst wenn sie auf eingehendes Befragen noch oder wieder vielerlei zu klagen hatten. Die Einreihung in die Rubriken betr. das symptomatische Resultat geschah vor Feststellung der jetzigen Beschwerden und vor der Genitaluntersuchung. Es wurde auf diese Weise eine möglichste Ausschaltung subjektiver Momente bei Beurteilung der Resultate angestrebt.

Tuben und Ovarien, für das Bestehenbleiben der Beschwerden trotz Lagekorrektur verantwortlich zu machen ist. Andererseits braucht aber solch kurz dauernde Heilung auch bei Fortbestand der Retroflexio durchaus nicht auf Suggestion zu beruhen. Vielmehr bedeutet für unsere schwer arbeitenden Frauen ein Krankenhausaufenthalt mit dem daraus resultierenden Abgeschlossensein nach außen immer ein Ausruhen. Die durch bessere und rationellere Kost und Regelung der Darmtätigkeit erzielte Umstimmung aller Lebensfunktionen ist von höchster Bedeutung. Zudem gönnt sich fast jede Patientin nach Verlassen der Klinik noch etwas Ruhe, psychisch ist sie gehoben durch das Bewußtsein, etwas für ihre Gesundheit getan zu haben und durch die Erwartung völliger Genesung; schließlich spielt auch eine gewisse Genitalruhe mit. Es fällt doch auf, wie oft in den ersten Jahren nach einer Operation die Fruchtbarkeit herabgesetzt, ja erloschen zu sein scheint. Auch Gradenwitz erwähnt, daß die Anzahl von Schwangerschaften nach der Alexander-Adams-Operation relativ gering sei und erklärt dies zum Teil aus dem Wunsch, die Schwangerschaft zu vermeiden. In unseren Fällen trat die Konzeption oft erst spät nach der Operation ein, eine Abnahme der Fruchtbarkeit für die folgenden Jahre beobachteten wir aber nicht. Nach dem Gesagten dürfen kurz andauernde gute funktionelle Resultate nicht rein auf die Lageverbesserung bezogen, aber auch nicht lediglich als Suggestion gedeutet werden. Vielmehr ist vielfach tatsächlich Nutzen gestiftet worden, ohne daß diese Fälle die Notwendigkeit, die Retroflexio zu beseitigen, beweisen könnten. Wir machten daher zum Maßstab für den Nutzen der Alexander-Adams-Operation das Befinden der Patientin ungefähr ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik.

Wollten wir vom jetzigen Zustand der Patientin ausgehen, so bekämen wir bei weitem schlechtere Resultate, denn es war von den 37 Fällen von gutem funktionellem Resultat bei anteflektiertem Uterus das subjektive Befinden nur 24 mal dauernd gut, 13 mal nur vorübergehend, d. h. ein Jahr lang oder länger, aber nicht mehr zur Zeit der Nachuntersuchung. In der zweiten Gruppe: orthopädisches Resultat gut, funktionell gebessert, war diese Besserung 21 mal dauernd, in 19 Fällen nur vorübergehend. Als funktionell schlecht wurden nur die Fälle gerechnet, bei denen nie oder nur ganz kurze Zeit Besserung eingetreten war. Die vierte Gruppe: orthopädisches Resultat schlecht, funktionell

gut, umfaßt 11 Fälle, von denen 6 dauernd, 5 vorübergehend beschwerdefrei waren. In der fünften Gruppe: orthopädisches Resultat schlecht, funktionell gebessert, finden wir 4 Fälle von anhaltender Besserung, in 7 Fällen war sie nicht von Bestand. Wir bekommen also, ausgehend vom subjektiven Befinden bei der Nachuntersuchung, folgende Zahlen:

Resultate:	Orthopädisch gut:	Orthopädisch schlecht:
Funktionell gut:	I. 24 Fälle = 22,02 %	IV. 6 Fälle = 18,18 %
„ gebessert:	II. 34 „ = 31,19 %	V. 9 „ = 27,27 %
„ schlecht:	III. 51 „ = 46,79 %	VI. 18 „ = 54,54 %.

Ueber das Dauerresultat der Alexander-Adams-Operation geben eigentlich diese Zahlen Auskunft und nicht die oben genannten, obwohl freilich die Frauen, deren Befinden sich längere Zeit nach der Operation wieder verschlimmerte, einer neuen Schädlichkeit ausgesetzt gewesen sein können. Aber auch zwecks Feststellung des orthopädischen Resultates müssen wir ja von der Zeit der Nachuntersuchung ausgehen und wissen doch nicht, wie lange das Recidiv bestand.

Die Kranken selbst sollen vielfach die Wiederkehr der Falschlagen aus der Wiederkehr der Erscheinungen deduzieren. 18% der Recidive blieben aber in unsern Fällen beschwerdefrei! Man kann ja, wenn man will, annehmen, daß bei den Frauen der IV. und V. Gruppe, die nur vorübergehend durch die Operation geheilt oder gebessert wurden, das Recidiv gleichzeitig mit der Verschlimmerung des subjektiven Befindens eintrat. Immerhin bleibt zu erklären, weshalb insgesamt 43 Frauen (s. Gruppe III und VI in der Tabelle auf p. 21) = 30,28% der Fälle gar keine Besserung oder sogar Verschlimmerung ihres Befindens zu verzeichnen hatten, obwohl diese 43 Patientinnen mit nur 2 Ausnahmen mit anteflektiertem Uterus entlassen wurden.

Im ganzen lag der Uterus bei der Entlassung nach der Operation 6 mal, d. h. in 4,22%, nicht anteflektiert. Nur einmal gelang es nicht, die Ligamenta rotunda zu finden. Diese Patientin fühlte sich aber wunderbarerweise seit der Operation völlig wohl. In einem Fall wurde nur das linke Rotundum nicht gefunden, der Uterus lag bei der Entlassung und ebenso bei der Nachuntersuchung in Anteflexion. In zwei Fällen erwähnt der Entlassungsbefund Retroversio, einmal war bei der Nachuntersuchung Anteflexio, das andere Mal Retroflexio festzustellen. Das symptomatische Resultat war in beiden Fällen dauernd gut. Retro-

flexio ist bei der Entlassung dreimal verzeichnet, alle drei Fälle wiesen auch bei der Nachuntersuchung Retroflexion auf, zwei Patientinnen waren nicht gebessert, die dritte fühlte sich auffallenderweise ein ganzes Jahr nach der Operation völlig wohl und dauernd gebessert.

64 = 45% unserer Patientinnen waren vor der Operation mit Pessarien behandelt worden. Nur 9 Frauen verspürten kurze Zeit Besserung durch den Ring. Bei 26 verursachte er erhebliche Beschwerden. 23 meldeten sich zur Operation, weil der Ring nicht hielt, 6 weil ihnen der häufige Ringwechsel zu beschwerlich war.

Wie erwähnt, wurde unter unseren 142 Fällen 56 mal gleichzeitig wegen Prolaps operiert. Es ist ja bekannt, daß der Uterus bei Vorfall recht häufig retroflektiert liegt. Koblanck erklärt dies Zusammentreffen damit, daß Retroflexio und Prolaps koordinierte Folgen der Erschlaffung sind, Hegar und Freund halten den Infantilismus für die gemeinsame Grundursache. Sehr viele Gynäkologen vertreten dagegen die Ansicht, daß die Retroflexion an sich Senkung des Uterus und der Scheide nach sich ziehe, und fügen daher prinzipiell die Lagekorrektur zur Plastik. Es fehlt in unseren Krankengeschichten jeder Anhaltspunkt dafür, daß der Alexander-Adams lediglich als Hilfsoperation zum Zweck der Uteruselevation mit der scheidenverengernden Operation kombiniert worden sei. Jedenfalls sind in allen Fällen solche Beschwerden der Prolapskranken erwähnt, die von Schultze, Küstner u. a. unter die Retroflexionssymptome gerechnet werden. Es mag daher die besondere Berücksichtigung auch dieser Fälle berechtigt erscheinen.

Krönig und Feuchtwanger, die sich mit größtem Pessimismus über das symptomatische Resultat der Retroflexions-Operation äußern, fanden bei gleichzeitiger Operation des Descensus das subjektive Befinden bei orthopädisch gutem Resultat meist vorzüglich. Auch in unseren Fällen ist bei gleichzeitiger Plastik nicht nur das orthopädische, sondern auch das funktionelle Resultat bedeutend besser.

Resultate:			86 Fälle von Alex.-Adams ohne Plast.:	56 Fälle Alex.-Adams und Plastik:
I.	Orthop. gut,	funkt. gut	15 = 17,44 %	22 = 39,28 %
II.	„ „	„ gebessert	26 = 30,23 %	14 = 25,00 %
III.	„ „	„ schlecht	22 = 25,58 %	10 = 17,86 %
IV.	„ schlecht,	„ gut	6 = 6,98 %	5 = 8,94 %
V.	„ „	„ gebessert	7 = 8,14 %	4 = 7,14 %
VI.	„ „	„ schlecht	10 = 11,63 %	1 = 1,78 %.

Funktionell absolut schlechte Resultate fanden wir also bei reiner Alexander-Adams-Operation in 37,21%, bei gleichzeitiger Plastik nur halb so oft, in 19,64%. Schließen wir die Recidive von unserer Betrachtung aus, so finden wir:

Resultat:	Unter 63 Fällen von Al.-Adams-Operat. ohne Plastik:	Unter 46 Fällen von Alex.-Adams-Operation und Plastik:
Funktionell gut:	15 = 23,81%	22 = 47,82%
„ schlecht:	22 = 34,92%	10 = 21,74%.

Daß wir bei gleichzeitiger Plastik doppelt so viel gute Resultate und um mehr als ein Drittel weniger schlechte Resultate haben, als ohne Plastik, spricht doch dafür, daß die Klagen der gleichzeitig mit Plastik behandelten Frauen mehr auf den Descensus uteri et vaginae als auf die Retroflexio zu beziehen sind. Wenn sich auch das bei reinen Alexander-Adams-Operationen im Gegensatz zu der Kombination mit Plastik so viel häufigere Versagen der Therapie zum Teil dadurch erklären läßt, daß in vielen Fällen neben der Retroflexion unbehandelt gebliebene Erschlaffungszustände des Beckenbodens bestanden und diese die Hauptschuld an der Fortdauer der Beschwerden tragen, so müssen doch noch andere Momente im Spiel sein, denn auch aus der Freiburger Klinik berichtete Sellheim bei Gelegenheit der Würzburger Verhandlungen über Prolapsoperationen, daß in 12,8% der Fälle von kombinierter Plastik und Alexander-Adams der gewünschte Erfolg nicht eintrat. Dabei wurde die Lageverbesserung nur dann mit der Plastik verbunden, wenn Beschwerden der Patientin auf die Lageanomalie zurückgeführt wurden.

Selbstverständlich müssen bei Betrachtung des therapeutischen Effekts einer Lagekorrektur mobile und fixierte Retroflexionen streng getrennt werden, da ja dem abgelaufenen oder noch vorhandenen Entzündungsprozeß natürlich ein großer Teil der Beschwerden zugeschrieben werden könnte. Daß es sich bei unserem Material fast nur um bewegliche Retroflexionen handelt, ist allein schon durch die Anwendung der Alexander-Adamsschen Operation garantiert. Nur in wenig Fällen waren Adhäsionen vorher stumpf gelöst worden.

Abgesehen von lokalen Erschlaffungszuständen kommt aber neben der Retroflexion als etwaige Ursache der Beschwerden die Endometritis in Betracht, die von vielen Autoren als Folge, von Olshausen dagegen als zufällige Komplikation der Gebär-

mutterknickung angesehen wird. Dührssen fand in 99% der Fälle neben der Retroflexion eine Endometritis und schickt darum fast jeder lageverbessernden Operation eine Abrasio mucosae voraus. In unseren Fällen wurde nur 43mal, d. h. in 30,28%, die Diagnose Endometritis gestellt, und demgemäß neben der Alexander-Adamsschen Operation eine Curettage ausgeführt. Unsere Fälle verteilen sich nach den ausgeführten Operationen folgendermaßen:

I. Nur Alexander-Adams	53
II. Alexander-Adams und Abrasio	33
III. Alexander-Adams und Abrasio und Plastik	10
IV. Alexander-Adams und Plastik	46.

Vergleichen wir die Resultate für die Fälle mit und ohne Abrasio:

Resultate:			Alex.-Adams (53):	Alex.-Adams u. Abrasio (33):
I. Orthop. gut,	funkt.	gut	5 = 9,4%	10 = 30,3%
II. „ „	„	gebessert	19 = 35,9%	7 = 21,2%
III. „ „	„	schlecht	16 = 30,2%	6 = 18,2%
IV. „ schlecht,	„	gut	4 = 7,5%	2 = 6,1%
V. „ „	„	gebessert	6 = 11,3%	1 = 3,0%
VI. „ „	„	schlecht	3 = 5,7%	7 = 21,2%.

Daß unter den Fällen von orthopädisch-gutem Resultat bei gleichzeitiger Abrasio 30%, ohne Abrasio nur 9% Heilungen zu verzeichnen sind, zeigt, daß die Beschwerden zum guten Teil von der Endometritis abhingen. So weit wir überhaupt aus den kleinen Zahlen bei orthopädischem Mißerfolg Schlüsse ziehen dürfen, ist offenbar eine nicht ausgeheilte bezw. recidivierende Endometritis von ernsterer Bedeutung als die Wiederkehr der Retroflexio, denn schlechtes symptomatisches Resultat ist nach gleichzeitiger Abrasio 4mal so häufig als in den Fällen ohne Abrasio.

Sicher ist oft das Fortbestehen einer komplizierenden Genitalerkrankung für das schlechte Resultat der Lagekorrektur verantwortlich zu machen. Jedenfalls läßt es sich durch diese Annahme gut verstehen, wenn bei gutem orthopädischem Resultat die Frauen, die zur Zeit der Operation schon geboren hatten, so viel mehr symptomatisch schlechte Resultate aufweisen als die Nulliparen (24% gegenüber 16%).

Resultate:			111 Parae:	31 Nulliparae:
I. Orthop. gut,	funkt.	gut	31 = 27,9%	6 = 19,4%
II. „ „	„	gebessert	31 = 27,9%	9 = 29,0%
III. „ „	„	schlecht	27 = 24,3%	5 = 16,1%

Resultate:			111 Parae:	31 Nulliparae:
IV.	Orthop. schlecht, funkt. gut		7 = 6,3 %	4 = 12,9 %
V.	„ „ „	gebessert	9 = 8,1 %	2 = 6,5 %
VI.	„ „ „	schlecht	1 = 5,4 %	5 = 16,1 %.

Veit hält die Prognose quoad sanationem completam für am günstigsten bei frischer Retroflexio nach Entbindung, während speziell die Lageveränderungen, die man bei jungen Mädchen und Nulliparen zur Behandlung bekommt, Vorsicht in der Prognose verlangen. Denn hier handelt es sich im allgemeinen um congenitale Veränderungen.

Dementsprechend fanden wir auch bei Nulliparae 35,5 % Recidive, bei den Parae nur 22 %. Bei gleichzeitiger Lagekorrektur ist aber das funktionelle Resultat bei den Parae viel besser (27,9 %) als bei den Nulliparae (19,4 %), vermutlich weil ein gleichzeitiger Descensus gebessert wurde. Auffallend ist ferner der Unterschied in bezug auf das funktionelle Resultat bei erneuter Retroflexion. Daß hier die Nulliparen doppelt so oft beschwerdefrei sind (12,9 %) als die Parae (6,3 %), zeigt den starken Einfluß der Suggestion gerade bei diesen Patientinnen.

Die **Aetiologie** der Retroflexio ist vielfach theoretisch erörtert worden. Angaben der Patientinnen sind in dieser Beziehung natürlich fast ganz wertlos, weil sie sich nur auf das Manifestwerden der Symptome beziehen. Da Beobachtungen über die Lage des Uterus vor der Entbindung fehlen, können wir auch nicht sicher feststellen, ob in unsern Fällen Geburten als ätiologisches Moment in Betracht kommen, wie allgemein angenommen wird. Wir müssen solch eine Entstehungsweise aber bei einem großen Teil der Fälle für sehr wahrscheinlich halten. 8 unserer Patientinnen gaben einen Abortus, 54 einen Partus als Ursache ihres „Unterleibsleidens“ an. Und zwar führten im speziellen ihre Beschwerden auf eine Zangenentbindung zurück 5 Frauen, von denen nur eine keinen Prolaps hatte und nur diese eine ungeheilt blieb, auf einen Dammriß 9 Frauen, darunter 6 Prolapskranke, auf Fieber im Wochenbett 5 Frauen, die übrigen 35 wußten nichts von Komplikationen der Geburt oder des Wochenbetts. Drei Patientinnen bezogen ihre Beschwerden auf die Heirat. Hier ist gewiß anzunehmen, daß die Retroflexio schon vorher bestand, ohne daß die Patientin das Bedürfnis fühlte, den Gynäkologen zu konsultieren. Sicher ist wenigstens in dem einen Fall, bei dem bei der Nachuntersuchung der Hymen völlig intakt gefunden wurde, zur Evidenz bewiesen, daß die Beschwerden nur auf dem Wege der nervösen

Bahnen entstanden und nicht mechanisch mit der Heirat in Verbindung zu bringen sind.

Ein Trauma beschuldigten 10 Patientinnen als Anlaß ihrer Erkrankung, von diesen wurden 8 geheilt bezw. gebessert. Zweimal wurden die Beschwerden auf zu vieles Stehen zurückgeführt. Von 3 Verheirateten und 3 Ledigen, von denen zwei gleichzeitig einen Prolaps akquirierten, wurde zu schweres Heben angeklagt. Eine Patientin spürte die Verlagerung der Gebärmutter deutlich seit einem bei einem Brand erlittenen Schrecken. Eine andere fühlte genau, wie der Blitz in die Gebärmutter fuhr und sie umwarf. Diese beiden blieben bei orthopädisch gutem Resultat ungebessert, was bei der unverkennbar psychogenen Entstehung der Beschwerden nicht wundernehmen kann.

Ob ein derartig akutes Eintreten einer Gebärmutterknickung überhaupt denkbar ist, wird vielfach bezweifelt. Fritsch will die plötzliche Entstehung durch Trauma mit Sicherheit konstatiert haben, auch Martin und Ziegenspeck haben derartige Fälle gesehen. Nach Küstner werden sich aber die meisten Retroflexionen, die wir auf Grund anamnestischer Angaben auf akut wirkende Ursachen zurückzuführen geneigt sein könnten, als inkorrekte Beobachtungen und als Verschlimmerungen eines bereits bestehenden, aber noch symptomlos verlaufenden Zustandes entpuppen. Ebenso meint Schultze, daß eine große Anzahl der aus dem Wochenbett stammenden Retroflexionen Recidive von bereits in virginalem Zustand bestandenen Verlagerungen darstellen, und erst der puerperale Uterus Beschwerden macht.

Völlig wird der Einfluß des Puerperiums verneint von Salin, der die Retroflexio in fast allen Fällen für einen angeborenen Zustand hält. Wie van der Hoeven berichtet, kennt die Literatur nur zwei Fälle von Retroflexio in der Leiche einer Neonata. Beim Kind kann ja überhaupt wegen des Ueberwiegens der Cervix nicht von einer bestimmten Lage oder Haltung der Gebärmutter gesprochen werden. Die in der Entwicklungszeit manifest gewordene Retroflexio ist aber entgegen älteren Anschauungen durchaus nicht selten. Sie entsteht, wie Thorn ausführt, wenn die vordere Vagina zu kurz und die relativ lange Cervix nach vorn unten gerichtet bleibt. Vor allem kommt aber der mangelhafte Descensus ovariorum in Betracht, wie wir aus Sellheims und A. Mayers Arbeiten über den Infantilismus wissen.

Die Verlagerung des Uterus durch Tumoren oder Entzün-

dungen gehört nicht in den Bereich unserer Betrachtung. Doch sind sie für uns insofern interessant, als man bei dieser Aetiologie den Symptomenkomplex der Retroflexio vermißt. Wir müßten doch erwarten, bei einem durch Ovarialcystom retroflektierten Uterus entsprechende Beschwerden, wie bei unkomplizierter Retroflexio zu finden, wenn anders die Lageanomalie es ist, die die Beschwerden verursacht.

Nach der allgemein geltenden Auffassung spielen die Hauptrolle in der Aetiologie der mobilen Retroflexion Erschlaffungszustände der Scheide und Dammrisse. Abgesehen von den 56 mit Plastik behandelten Frauen wiesen noch weitere 6 nach Aussage unserer Krankengeschichten einen ausgesprochenen Descensus vaginae und 2 einen Descensus uteri auf. Außerdem sind 7 mal Dammrisse verzeichnet, so daß wir beträchtliche lokale Erschlaffungszustände in 71 = 50 % der Fälle haben.

Hochgradige Prolapse, die auch gleichzeitige Plastik nötig machten, lagen 56 mal, d. h. in 39,4% der Fälle vor. Pagenstecher fand Prolapse in 33,5 % der Fälle. Stellen wir unsere Patientinnen nach dem Alter zusammen, so finden wir ein Ansteigen der Häufigkeit des mit der Retroflexio verbundenen Prolapses mit dem Alter.

Alter der Pat. z. Zt. der Op.	Zahl der Pat.	darunter Plast.
Unter 20 Jahren	0	
20—30 Jahre	48	10 = 20,8 %
30—40 Jahre	73	34 = 46,6 %
40—50 Jahre	19	10 = 52,6 %
über 50 Jahre	2	2

Die größere Häufigkeit des Prolapses unter den Retroflexionen in dem Alter, in dem durch Fettschwund Erschlaffung der Genitalien einzutreten pflegt, zwingt zu dem Schluß, daß die Scheidensenkung nicht eine Folge der Rückwärtslagerung ist, wie viele Autoren annehmen. Doch möchten wir nicht a priori mit Pagenstecher folgern, daß dem primären Prolaps die sekundäre Retroflexio gefolgt war. Vielmehr dürften Erschlaffung der Scheide und Rückwärtsverlagerung des Uterus gemeinsame Folgen der gleichen Ursache sein, mag das erschlaffende Moment nun im Geburtstrauma oder im Fettschwund liegen.

Die mechanische Entstehung von Retroflexio und Prolaps wird verschieden erklärt. Mag die muskuläre Insufficienz des Hiatus genitalis, in der Halban und Tandler die einzige

Prolapsursache sehen, oder der von Eduard Martin beschuldigte Bandapparat die Hauptrolle spielen, mag van der Hoeven Recht haben, der die Ursache von Retroflexio und Prolaps im Tonusverlust der Vaginal- bezw. Uteruswand und der Veränderung des intraabdominalen Druckes sieht, sicher trifft für eine große Zahl von Fällen die Anschauung von Mathes und Zweig zu, die im Vaginalprolaps und der Retroflexio uteri Symptome des gleichen Krankheitsbildes sehen, und zwar Folgen der Schlaffheit und Atonie der Aufhängebänder der Gebärmutter. Weil die Retroflexio uteri nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Ptose darstellt, kann nach dieser Auffassung auch die chirurgische Therapie keinen Erfolg haben. Ebenso hält van der Hoeven in den meisten Fällen die Erschlaffung der Gewebe im kleinen Becken für abhängig von der allgemeinen Erschlaffung, die von Stiller als Asthenia universalis congenita beschrieben wurde. In diesem Sinne wäre es dann berechtigt, von angeborener Retroflexio zu sprechen. Meistens ist sie wohl eine Folge des Hochstandes der Ovarien.

Andererseits läßt aber auch van der Hoeven für gewisse Fälle A. Martins Ansicht gelten, daß ungenügende Nahrung der Muskulatur und des Beckenbindegewebes durch den daraus resultierenden Fettschwund eine Rolle spielen. Hier kommen vor allem die Chlorose, die Tuberkulose und die als Neurasthenie bekannten Zustände in Betracht.

Auch Thorn führt eine große Anzahl von Rückwärtsverlagerungen „auf allgemeine Ernährungsstörungen, Stoffwechselkrankheiten und akute und chronische Erkrankungen sonstiger hervorragend konsumierender Art“ zurück. Hierher gehören auch die Retroflexionen infolge Laktationsatrophie oder seniler Involution.

Als spezifische Ursache schwerer Erschlaffungszustände der Muskulatur und des Beckenbindegewebes bei jungen Mädchen gibt Hildebrandt vor allem exzessive Masturbation an. Gewiß überschätzt er deren Häufigkeit, außerdem ist die Onanie ein Ausdruck der neuro- und psychopathischen Veranlagung und als solche gleichzeitig eine Folge des asthenischen Infantilismus.

Die Retroflexion kann also einerseits erworben sein; in diesen Fällen finden sich gleichzeitig Erschlaffungszustände oder andere Komplikationen, welche die Symptome verursachen. Andererseits kommt sie angeboren vor und macht dann nur Beschwerden, weil sie im Zusammenhang steht mit einer allgemeinen

Minderwertigkeit des Organismus. Daher findet sich die hereditäre Belastung und die geschwächte Konstitution so häufig bei den Patientinnen mit Retroflexion. A. Mayer und Pagenstecher haben auf Grund ihrer Beobachtungen an dem großen Material der Heidelberger Klinik speziell auf die Bedeutung der kongenitalen Disposition für die sogenannten Retroflexionssymptome hingewiesen. Sie fanden in 36,9 % der Retroflexionen Schwächung des Individuums, in 29,7 % hereditäre Belastung.

Ueber die Erblichkeit der Retroflexio uteri an sich, wie sie Heinricius annimmt, vermögen wir nichts beizubringen, denn der häufigen Aussage der Frauen, daß ihre Mütter an derselben Erkrankung gelitten hätten wie sie, können wir keinen Wert beilegen.

Hereditäre Belastung fanden wir in 70 von unseren 142 Fällen = 49,3 %. In 10 Fällen waren die Eltern verwandt. In der Ascendenz waren festzustellen:

Tuberkulosen	44 = 31,0 %
Psychosen und schwere (anstaltsbedürftige) Neurosen	29 = 20,0 %
Carcinosen	8 = 5,6 %
Sonstige schwere Erkrankungen (Herz, Leber, Niere)	8 = 5,6 %.

Die erbliche Belastung mit Tuberkulose ist demnach fast ebenso häufig bei Retroflexio, wie bei den Frauen mit infantilen Zeichen, denn A. Mayer stellte am Material der Tübinger Frauenklinik fest, daß $^1/_3$ der Infantilen tuberkulös belastet und fast $^1/_3$ tuberkulös erkrankt war. Ferner fanden sich folgende Momente, die eine **Schwächung des Organismus** bedingen: Soweit die Frauen überhaupt bestimmte Angaben machen konnten, waren zu früh geboren 7, nicht gestillt 17.

Alles das sind Dinge, die eine Reduktion des Allgemeinzustandes verschulden und somit die Beschwerden, die, wie wir noch sehen werden, nicht von der Retroflexio als solcher abhängen, veranlassen.

Darüber, ob die Patientinnen in relativ guten Verhältnissen aufgewachsen sind, gibt am besten die Zahl der Geschwister Auskunft: Es waren 67 = 47 % der Frauen mit mehr als 5 Geschwistern aufgewachsen. Es hatten also in 47 % der Fälle die Mütter häufiger geboren, als der durchschnittlichen Geburtenzahl, die Rümelin nach den Tübinger Familienregistern aus 500 fruchtbaren Ehen auf 6,0 berechnet hat, entspricht. Ueber frühverstorbene Geschwister, geschweige denn über Fehlgeburten der Mutter, wußten die Patientinnen fast ausnahmslos nichts auszusagen.

Von den 70 hereditär belasteten Individuen waren 66 gleichzeitig selbst abnorm. Ueberhaupt ist der Prozentsatz der Frauen, die Stigmata einer geschwächten Konstitution aufwiesen, sehr hoch. Es handelt sich da um 118 Fälle = 83 % und zwar fanden sich:

Degenerationszeichen und Infantilismus		85 = 59,8 %
Enteroptosen		20 = 14,0 %
Chlorosen		77 = 54,2 %
Tuberkulosen		25 = 17,6 %
Ausgesprochene funktionelle Neurosen	41	46 = 32,4 %
Syringomyelie	1	
Psychosen	4	
Schwere Rachitis		5 = 3,5 %.

Es mag erlaubt sein, für diese Zusammenstellung die Resultate der Nachuntersuchung zu verwerten. In einzelnen Fällen waren die betreffenden Konstitutionsanomalien zur Zeit der Operation noch nicht manifest, sie lassen aber einen Rückschluß auf die Minderwertigkeit des Organismus zu. Sicher sind diese Zahlen viel zu niedrig, denn wir mußten uns auf ambulante Untersuchung beschränken und können uns nur in einzelnen Fällen auf Angaben der Krankengeschichten stützen. Mehrfach stand uns der Untersuchungsbefund und die Diagnose der Medizinischen Poliklinik in dankenswerter Weise zur Verfügung.

Vergleichen wir die von uns festgestellte Körpergröße mit dem in den Krankenblättern anfgezeichneten Aufnahmegewicht, so ergibt sich ein beträchtliches Untergewicht bei 57 = 40 % der Frauen. Daß dieser mangelhafte Ernährungszustand nicht etwa eine Folge der genitalen Erkrankung sein kann, leuchtet ein, wenn wir sehen, daß zur Zeit der Nachuntersuchung sogar 89 Frauen wesentlich unterernährt waren. Vielmehr prägt sich auch in dieser Tatsache das Vorhandensein einer Konstitutionsschwäche aus, im gleichen Sinne, wie Mathes das für die Säuglingsdystrophie ausführt: „nicht die Ernährungsstörungen machen die Kinder minderwertig, sondern weil sie minderwertig sind, leiden sie an Ernährungsstörungen“. Nehmen wir dazu, daß 13 Frauen vor der Operation eine Pneumonie durchmachten, 5 Frauen Typhus, 8 Darm- und Unterleibsentzündung inkl. Appendicitis, eine Pocken überstanden hatte, daß eine an Nephritis litt, eine an Mitralinsufficienz, und 7 an Ulcus ventriculi, so müssen wir bei dem weitaus größten Teil unserer Fälle eine tiefgreifende Schwächung des Organismus annehmen und uns fragen, ob nicht erst diese Grundlage die Retroflexionssymptome manifest werden ließ. Spe-

ziell Kreuzschmerzen, für die vielfach eine Gebärmutterknickung verantwortlich gemacht wird, sind eine häufige Erscheinung bei solchen Zuständen akuter oder chronischer Entkräftung.

In der Lehre von der Symptomatik der Retroflexio uteri mobilis sind nach Mathes die Erscheinungen zusammengefaßt, die früher als Zeichen der Wanderniere galten. Der Krankheitsbegriff der Ren mobilis, die kaum noch als selbständige Krankheitsursache eingeschätzt wird, ist in dem weiter gefaßten der **Enteroptose** aufgegangen. Die subjektiven Beschwerden der Enteroptotiker beziehen sich auf den Verdauungsapparat, das Genitale, das Nervensystem und schließlich auf die Gesamtkonstitution, nahezu ausnahmslos werden besonders Kreuzschmerzen geklagt. Wir haben also das voll entwickelte Krankheitsbild der Retroflexion! Mathes fand bei 83 Enteroptosen 33 Retroflexionen, van der Hoeven diagnostizierte sogar 36 mal eine Lageanomalie der Genitalien unter nur 58 Fällen von Enteroptose. Freudenberg konstatierte unter 165 Fällen von Retroflexio 66 mal einseitige, 15 mal doppelseitige Wanderniere, 18 mal Wanderleber. Mackenrodt behauptet dagegen, daß nur ungefähr jeder zehnte Fall von Retroflexio als Teilerscheinung der Enteroptose aufgefaßt werden kann. Wir fanden bei der Nachuntersuchung in 20 Fällen = 14 % Enteroptosen, die sich klinisch durch Tiefstand der Leber oder Nieren und des Magens, meist mit gleichzeitigem Hängebauch dokumentierten. Pagenstecher fand 20 % Enteroptosen.

Thorn erklärt den ursächlichen Zusammenhang von Enteroptose und Retroflexio damit, daß Descensus der Nieren, der Leber, des Magens, Atonie des Darms und Retroflexion einen Komplex bilden, der zu einem großen Teil einer gemeinsamen Störung im nervösen, speziell im sympathischen Gebiet entstammt. Auch Stiller, Mathes u. a. beziehen die Schmerzen bei Enteroptose nicht allein auf den mechanischen Zug der herabgesunkenen Eingeweide an ihren Ligamenten, sondern vor allem auf eine Zustandsänderung, nämlich eine temporäre krankhafte Hyperästhesie im Bauchsympathikus. Damit wäre auch die schon von Glénard gemachte Beobachtung, daß die Enteroptose, auf deren häufiges Vorkommen er als Erster hinwies, viele Fälle der sogenannten Neurasthenie umfaßt, erklärt.

Außerdem ist schon von vielen Autoren auf das häufige Zusammentreffen allgemeiner Erschlaffungszustände, speziell des In-

fantilismus, mit **Lungentuberkulose** aufmerksam gemacht worden. Wir konnten bei 17,6 % unserer Patientinnen einen bacillären Lungenprozeß entweder manifest nachweisen, oder mit Sicherheit auf Grund anamnestischer Angaben annehmen. Die Entwicklung der Tuberkulose bedingt erst recht eine Widerstandsunfähigkeit der Gewebe, die höchst ungünstig für die Beibehaltung der normalen Lage der Unterleibsorgane ist. Darum entspricht auch der Habitus phthisicus Rokitanskys völlig dem Habitus asthenicus Stillers.

Auch die **Chlorose**, die wir in 54 % unserer Fälle fanden, ist, wie Mathes ausführt, abhängig von der asthenischen Gesamtkonstitution. Auf diesen Zusammenhang machte schon Meinert aufmerksam: Er fand bei 80 % der chlorotischen Mädchen Gastroptose. Stieda hat als Erster die Chlorose als Entwicklungsstörung im Sinne der andern am menschlichen Körper vorkommenden Degenerationszeichen aufgefaßt. Sie kann also nicht Folge der Retroflexio sein, wie das vielfach behauptet wird, eher gehört sie zu deren Ursachen infolge der von ihr abhängigen Schwächung der Gewebselastizität. Stieda fand sie häufig kombiniert mit infantilen Genitalien.

Daß infantilistische Individuen eine große Reihe von **Minderwertigkeiten des Nervensystems** aufweisen, ist eine Tatsache, auf die vor allem A. Mayer hingewiesen hat. Von 46 = 32,4 % unserer Patientinnen können wir mit Bestimmtheit sagen, daß sie auf psychischem bezw. auf nervösem Gebiete erkrankt waren. Viel größer ist die Zahl derer, die über nervöse Beschwerden klagten, es waren nämlich vor der Operation 100 Frauen = 70,4 %. Und fast ebenso häufig, nämlich in 97 Fällen = 68,3 %, beobachteten wir das Vorhandensein rein nervöser Symptome nach der Operation. Das spricht dafür, daß es sich mindestens vorwiegend um konstitutionelle Erkrankungen handelte, und stimmt zu Römers Feststellung, daß die Neurasthenie nur in 3,5 % erworben ist, während die konstitutionellen Psychoneurosen, unter denen hierzulande die depressiven Formen weitaus vorherrschen, sehr häufig sind. Bei diesen Fällen mit ihrer Fülle funktioneller Beschwerden ist es meist eine schwierige und mühselige Arbeit für den Arzt, organische Symptome aus dem Gesamtbilde auszusondern.

Die große Häufigkeit von Degenerationszeichen bezw. Entwicklungsstörungen, in 59,8 %, kann bei derartigen Patienten nicht wundernehmen. Auffallend ist insbesondere die Häufung des genitalen **Infantilismus**. A. Mayer berechnete in Heidelberg

unter 2300 gynäkologischen Kranken die Frequenz des Infantilismus auf 3—3,5%. Sellheim fand für Südbaden 5%. In der Hälfte seiner Fälle beobachtete er verschiedene Grade der Rückwärtslagerung, während sie in der Tübinger Ambulanz höchstens in dem 4. Teil der Fälle beobachtet wird. Wir sahen deutlich ausgesprochene hypoplastische Zeichen am Genitalapparat bei der Nachuntersuchung in 15 Fällen = 10,56%. Pagenstecher und A. Mayer fanden unter dem Material der Heidelberger Klinik bei Patientinnen mit Retroflexio uteri sogar eine Häufung der infantilistischen Stigmata von 14%. Es muß also, wie auch Hegar und Sellheim annehmen, die Retroflexio bei infantilen Individuen relativ häufiger sein als bei voll entwickelten.

Ist nun die Ptose resp. Verlagerung der Gebärmutter nur eine Teilerscheinung der Asthenie und des Infantilismus, oder macht sie ihr speziell eigentümliche Erscheinungen und welche sind die? Bemerkenswert ist, wie wenig selbst die Autoren, die unbedingt die pathologische Dignität der Retroflexio vertreten, unter sich über die **Symptome** dieses nach Küstners Worten so wohl charakterisierten Krankheitsbildes einig sind.

Küstner selbst nennt als auffallendste der örtlichen Erscheinungen die Menorrhagie, die nach Schultze auch in kürzeren Intervallen wiederkehrt. Auch Fehling bezeichnet die verstärkte und verfrühte Regel als hauptsächlichstes Symptom und Löhlein meint, daß unter den Retroflexionssymptomen am ehesten die profusen Menses in direkte Beziehung zu der Lageveränderung gebracht werden dürfen. Olshausen dagegen findet atypische oder anhaltende Blutungen nur bei ganz frischer puerperaler Retroflexio. In den übrigen Fällen hält er eine Endometritis fungosa oder eine andere Komplikation für schuld daran. Häufig sah er dagegen die Retroflexio kombiniert mit der Hyperplasie des Organs, der Metritis chronica, als deren Folge er die sparsame Menstruation und die meist incurable Dysmenorrhoe betrachtet. Auch Küstner beobachtete meist schmerzhafte Menses, während Fritsch wiederum die reichliche schmerzlose Regel für das charakteristische Symptom hält. Ebenso betont Hildebrandt, daß gegenüber den sehr schmerzhaften Menstrualblutungen bei Anteflexionen die profuse Menstruation bei Retroflexio gewöhnlich nur mit leichten Beschwerden verläuft. Das Vorkommen von Urinbeschwerden, das von Fehling, Fritsch und Rosthorn häufig, von Winckel in 15% der

Fälle beobachtet wurde, gibt Olshausen nur für die höchst seltenen akuten, traumatischen Retroflexionen zu. Auffallend ist bei der Meinungsverschiedenheit über die lokalen Erscheinungen, daß in bezug auf das Vorkommen aller möglichen nervösen Symptome die größte Einmütigkeit herrscht. Es werden da vor allem Kreuz- und Kopfschmerzen, Magendruck und Herzklopfen angeführt. Olshausen nennt verminderte Gehfähigkeit und deprimierte Stimmung, Winckel das Gefühl, als ob eine Filzsohle unter den Füßen sei, ja sogar Konvulsionen. Die Vieldeutigkeit dieser Erscheinungen springt in die Augen, aber ihre Abhängigkeit von der Lageanomalie soll durch die Beobachtung ihres sofortigen Verschwindens nach der Lagekorrektur bewiesen sein. Gerade die nervösen Symptome, Kopfweh, Magendrücken, Erbrechen und dergleichen, sahen die Autoren augenblicklich sistieren, während die lokalen Beschwerden weit öfter der Therapie trotzten. Dabei wurde völlig vergessen, daß derselbe Erfolg oft genug durch Scheinoperationen erzielt worden ist.

Jeder Operateur kennt auch Fälle, in denen trotz völligen orthopädischen Erfolges der Operation die Beschwerden bestehen bleiben oder nachher nur größer geschildert werden. In diesen Fällen ist, wie Fritsch neuerdings in der Deutschen medizinischen Wochenschrift ausführte, zweierlei möglich: „Entweder die Symptome waren falsch gedeutet, die Retroflexio war in der Tat im Sinne Sellheims Nebensache, oder, was wohl häufiger der Fall ist, die Kranke wollte oder will gar nicht beschwerdefrei sein, jedenfalls gibt sie es nicht zu.“ Daß in den Fällen, die Fritsch im Auge hat, bei denen es sich um ein Heilverfahren handelt, die Begehrungsvorstellungen, die Rentensucht und Arbeitsscheu der Genesung oft hinderlich sind, unterliegt keinem Zweifel. Aber bei diesen Patientinnen, die, wie Fritsch sagt, mit allem Raffinement die Rente erstreben, liegt eine hysterische Disposition, oder wenigstens ein minderwertiges Nervensystem zugrunde, ist doch die Simulation und Aggravation in den meisten Fällen ein Ausfluß der Hysterie, — Menschen mit normaler Psyche wollen eben viel lieber gesund sein, als eine doch nicht gerade auskömmliche Rente haben. Und versagt die Therapie nicht ebenso oft, wenn gar kein Unfall und keine Rente im Spiele ist? Und warum soll gerade nur bei Unfällen die Retroflexio nicht die Ursache der Beschwerden sein?

Wir befragten bei der Nachuntersuchung unsere 142 Patien-

tinnen systematisch nach allen Symptomen, die im allgemeinen auf die Retroflexio bezogen werden, und zwar wurde ausdrücklich festgestellt, welche Beschwerden vor der Operation vorhanden waren, wie die Operation sie beeinflußte und worüber die Frauen zur Zeit zu klagen haben.

Symptome:	vor der Operation:	nach der Operation:
Profuse Menstruation	77 = 54,22 %	43 = 30,28 %
Unregelmäßige Menstruation	77 = 54,22 %	58 = 40,84 %
Ausfluß	67 = 47,18 %	53 = 37,32 %
Urinbeschwerden	39 = 27,48 %	27 = 19,01 %
Obstipation	75 = 52,81 %	60 = 42,25 %
Drang nach unten	101 = 71,12 %	52 = 36,62 %
Dysmenorrhoe	91 = 64,08 %	60 = 42,25 %
Kreuz- und Rückenschmerzen	113 = 79,57 %	77 = 54,22 %
Leibschmerzen	78 = 54,93 %	58 = 40,84 %
Magenbeschwerden	56 = 39,43 %	59 = 41,55 %
Allgem. nervöse Symptome	100 = 70,42 %	97 = 68,31 %.

Ueber allzu **starke Regel** klagten vor der Operation 77 Frauen. Bei 35, also fast in der Hälfte der Fälle, hatte die Lagekorrektur keinen Einfluß auf die Menorrhagien. Bei 8 Patientinnen stellte sich die profuse Menstruation sogar erst nachher ein. Jedenfalls geht daraus hervor, daß der Einfluß der Retroflexio auf die Stärke der Regel keine sehr konstante Erscheinung ist. Und selbst wenn verstärkte Menses bei reiner, unkomplizierter Retroflexio häufiger wären als bei der Normallage, so ist doch zu bedenken, daß profuse Menstruation gerade bei hypoplastischen Genitalien, die so vielfach mit Retroflexion vergesellschaftet gefunden werden, sehr oft abhängig vom angeborenen Zustande des Myometriums vorkommt. Theilhaber spricht in diesen Fällen von Insufficientia uteri.

Betrachten wir die komplizierte und die unkomplizierte Retroflexio getrennt, so gewinnen wir den Eindruck, daß die Menorrhagie in vielen Fällen auf eine Endometritis bezogen werden muß. Es darf hier nochmals darauf hingewiesen werden, daß in unseren Fällen folgende Operationen ausgeführt wurden:

Alex.-Adams-Operation allein	53 Fälle
Alex.-Adams und Plastik	46 „
Alex.-Adams und Abrasio	33 „
Alex.-Adams und Plastik und Abrasio	10 „

Auf diese Gruppen verteilen sich die Menorrhagien in folgender Weise:

	vor der Operat.	nach der Operat.
Ant.-Abnorm. ohne M. Fälle	27 = 42,5 %	16 = 28,57 %
" " mit Fixatio (ab)	23 = 34,36 %	14 = 37,83 %
" " " Anteflex. (ab)	21 = 66,66 %	12 = 57,14 %
" " " Flexio (ab) der 21 Fälle mit gleichzeitiger Anteflex. (ab)	18 = 85,71 %	16 = 88,87 %
" " und Abnorm. (ab) der 21 Fälle mit gleichzeitiger Flexio (ab)	17 = 80,76 %	11 = 52,38 %

Offenbar hat auch der Prolaps einen ursächlichen Zusammenhang mit der Menorrhagie, der sich auch sehr wohl erklären läßt durch die Zirkulationsänderung infolge des dauernden Zugs nach unten und die gleichzeitige, durch die klaffende Schamspalte gegebene Infektionsmöglichkeit.

Küstner erwähnt, daß die profuse Menstruation besonders charakteristisch sei bei der Retroversioflexio der jungen Mädchen, daß sie hier sogar bisweilen der einzige Hinweis auf die Lageanomalie sei. Von den 22 zur Zeit der Operation ledigen Nulliparen geben 12 = 54,5 % an, sehr stark zu menstruieren. Wir finden bei ihnen also dies Symptom in ganz der gleichen Häufigkeit wie bei den Gesamtfällen. Auch war die Hilfe des Gynäkologen in keinem Fall von einem jungen Mädchen vorwiegend wegen der Blutung in Anspruch genommen worden, wohl aber von einzelnen Frauen, bei denen durch die vorausgegangenen Geburten genug Ursachen für die Entwicklung von abnormen Blutungen gegeben waren, ganz ohne Rücksicht auf die bestehende Lageveränderung. Es ist auch nicht klar, warum die venöse Stase, die als Ursache der verstärkten Blutung angesehen wird, bei der im Entwicklungsalter erworbenen Retrodeviation besonders ausgesprochen sein sollte; gerade hier müßte sich ja das Gefäßsystem der anormalen Lage entsprechend anstellen. Ein Grund zur Entstehung der Stauung gerade bei Virgines ist umsoweniger ersichtlich, weil doch die Hauptursache der enormen akuten Hyperämie der Beckenorgane, die Kohabitation, fehlt. Dieser ganzen Lehre von der Zirkulationsänderung infolge der Lageveränderung widerspricht vor allem die große Anpassungsfähigkeit des Gefäßsystems und die äußerst reiche Vaskularität des kleinen Beckens. Und mit Recht erwartet Theilhaber, daß die Partus cyanotisch sein müßten, wenn je die Retroflexio Stauungen bedingte. Er fand ebenso viel Menstruationsanomalien bei antedizierten, wie bei retrodizierten Uteris.

Eine Ursache freilich kennen wir, die gerade im Pubertätsalter Zirkulationsstörungen im Becken hervorruft. Das ist die unhygienische Lebensweise und Kleidung. „In derjenigen Entwicklungsphase — sagt Meinert —, in welcher die weiblichen Hüften noch nicht ihre sie späterhin vom männlichen Geschlecht differenzierende Prominenz erreicht haben, muß jeder Versuch, die Kleidung am Rumpf, statt auf den Schultern zu befestigen, bis zu einem Grad gesteigert werden, welcher die unteren Rippen einbiegt.“ Kellogg gibt sogar an, daß das Korsett ein Tieferrücken der Portio um mehr als $^1/_2$ cm verursacht. Wenn auch beim vollkräftigen Frauenkörper vielleicht das Mieder ohne schlimme Folgen bleiben kann, begünstigt es doch beim wachsenden oder asthenischen Organismus die Abwärtsbewegung der Eingeweide und verursacht durch diese Verdrängung der Organe venöse Hyperämie. Auch C. v. Wild sieht in dem Korsett ein „künstliches Mittel zur Behinderung der Atmung, der Zirkulation und der Darmbewegung“. Es sollte darum unbedingt den heranwachsenden Mädchen entzogen werden, ehe man weittragende Schlüsse aus gewissen Beschwerden zieht. Ebenso verderblich wirken natürlich Rockbänder, die in der Taille, also derjenigen Gegend der Körpers, die einzig und allein des stützenden Knochengerüstes entbehrt, gebunden werden.

Den Zusammenhang zwischen Enteroptose und der bei Asthenischen fast regelmäßig zu beobachtenden Abdominalplethora erklärt Mathes nicht allein aus den physikalischen Veränderungen und einer mangelhaften Elastizität der Venenwand, sondern auch durch die Annahme abnormer Innervation der Gefäße, durch die Vasomotoreninsuffizienz.

Daß überhaupt keine Beziehung zwischen der Retroflexio an sich und der Stärke der Regel besteht, wird eigentlich schon durch die Tatsache bewiesen, daß auch Verminderung der Menses als Charakteristikum der Gebärmutterknickung angesehen wird. 17 unserer Patientinnen gaben an, vor der Operation sehr schwach menstruiert zu haben, 21 haben nach der Operation nur minimale Blutverluste gehabt. Wir möchten diese geringen Blutungen, soweit sie nach der Operation nicht durch das beginnende Klimakterium bedingt waren, auf die gleichzeitig vorhandene Chlorose beziehen.

Ueberhaupt ist zu sagen, daß der Begriff der Stärke der Regel ein derartig vager ist, daß sich mit solchen Angaben sehr

wenig anfangen läßt. Jeder Arzt, der einmal einer Frauenstation vorstand, und so Gelegenheit hatte, die diesbezüglichen Angaben der Patientinnen objektiv zu prüfen, weiß, wie verschieden die Quantität des Menstrualblutes eingeschätzt wird, je nach der Gewohnheit, sich selbst zu beobachten, und der Möglichkeit, bezw. Neigung, körperlichem Unbehagen nachzugeben. Im allgemeinen ist die Frau zu sehr an diese Blutverluste gewöhnt, als daß sie bei normalem Nervensystem leicht über Menorrhagien klagt, solange sie nicht durch gleichzeitige andere Beschwerden aufmerksam gemacht wird. Da ihr jeder Maßstab zur Beurteilurg der Stärke der Regel fehlt, wird sie leicht ganz normale Blutverluste als zu stark oder auffallend schwach bezeichnen, je nachdem ob sie früher schwächer oder stärker menstruierte. Und wenn der Abgang des Menstrualblutes in größeren Klumpen als Kriterium der stürmisch erfolgenden Blutung aufgestellt wird, so müssen wir doch berücksichtigen, daß die Gerinnung auch eine Folge der Stagnation sein kann und darum — ganz unabhängig von der Blutmenge — bei jungen Mädchen mit gut schließender Schamspalte und bei sitzender Lebensweise häufiger vorkommen wird als bei Frauen, die oft geboren haben, oder bei gleichzeitiger kräftiger Bewegung.

Viele Autoren erwähnen als Folge der Retroflexio die **Unregelmäßigkeit der Periode,** besonders das verfrühte Eintreten. 77 = 54,2% unserer Patientinnen menstruierten vor der Operation nicht in regelmäßigen vierwöchentlichen Abständen, aber auch nach der Operation trat die Periode bei 58 = 40,8% der Frauen nicht vierwöchentlich ein. Nur bei 50 dieser 77 unregelmäßig menstruierenden Frauen handelte es sich um besonders häufige Genitalblutungen, die mindestens in den 28 gleichzeitig mit Abrasio behandelten Fällen auf die Endometritis zu beziehen waren. Bei den übrigen 27 lag im Gegenteil eine Verlängerung der Pausen bis zu 3 Monaten vor, wie wir das bei Frauen, die körperlich schwer arbeiten, auch bei Abwesenheit von Chlorose, ganz unabhängig von der Lage des Uterus finden.

Daß bei Landmädchen die Periode häufig unter den Anstrengungen des Sommers sistiert, beobachtete auch Ziegenspeck. 2 unserer Patientinnen menstruierten nur im Winter, eine 3. nur zu Hause, während die Periode ausblieb, sobald sie in Stellung ging. Dieselbe Erfahrung macht man in Diakonissenhäusern, Hebammenschulen und Pensionaten. Sehr häufig kommt die temporäre Amenorrhoe bei Chlorose vor. Besonders oft be-

obachtet man — wie das ja auch unsere Fälle zeigen — bei dieser nach Stieda und Hegar als Entwicklungsstörung aufzufassenden Konstitutionsanomalie ein monatelanges Aussetzen der Periode, nachdem sie rechtzeitig eingetreten war. Auch Stieda fand bei seinen Chlorosen den Zeitpunkt der Menarche im ganzen nicht viel verspätet.

Das verspätete Eintreten der Menstruation an sich gilt als Ausdruck mangelhafter körperlicher Entwicklung. Das Durchschnittsalter der **Menarche** ist nun freilich sehr verschieden je nach Klima und Rasse. Auch die sozialen Verhältnisse sollen dabei eine Rolle spielen. Nach Schaeffers Statistik menstruieren die Frauen Berlins aus den armen Bevölkerungsschichten durchschnittlich im Alter von 15,7 Jahren. Gebhard fand für die niederen Stände 16, für die höheren 14,69 als Durchschnittsalter. Daß Mädchen aus höheren Ständen früher menstruieren als Proletarierkinder, wird — wenn die Beobachtung richtig ist — eher von der besseren Ernährung, überhaupt von den vorteilhafteren Lebensbedingungen abhängen als, wie oft behauptet wird, von der durch Theaterbesuch und Romanlektüre auf die Genitalsphäre gelenkten Aufmerksamkeit. Diese Auffassung verkennt doch den Einfluß der engen Großstadtwohnungen und die Tragweite der Erfahrungen, die die Kinder der Armen in jungen Jahren machen müssen, von denen die behütete höhere Tochter aber nichts ahnt. Daß die geschlechtliche Erregung einen Einfluß auf die physiologischen Vorgänge haben kann, steht außer Zweifel. Schon Schopenhauer wies darauf hin, daß die jungen Städterinnen bei der Fülle der sexuellen An- und Aufregungen früher menstruieren als ihre Schwestern auf dem Lande. Diese Angabe wird allgemein gemacht; es fragt sich aber, ob nicht die schwerere körperliche Arbeit bei dem Landmädchen dazu beiträgt, die sexuelle Entwicklung zu verzögern.

Für das Tübinger Material berechneten wir aus 400 Fällen der geburtshilflichen Station, die im ganzen als genitalgesund gelten können, ein durchschnittliches Eintreten der Menarche im Alter von 16,0 Jahren. Für unsere 142 Patientinnen fanden wir 16,4 Jahre. Besonderen Wert wollen wir angesichts der großen Fehlerquelle auf diesen Unterschied nicht legen. Immerhin scheint die Menstruation doch eher verspätet zu sein, worin wir einen neuen Beweis für die Häufigkeit von Entwicklungshemmungen und körperlicher Minderwertigkeit bei den Patientinnen mit Retro-

flexio sehen würden. Im Gegensatz hierzu gibt Veit an, daß die Menarche bei Retroflexio abnorm früh eintritt.

Ein Andauern der monatlichen Blutungen über den Durchschnittstermin der klimakterischen Epoche hinaus, haben Schultze, Küstner und Skutsch als Symptom der Retroflexio erwähnt. In Württemberg tritt die **Menopause** nach Römer durchschnittlich im 50. Lebensjahr ein. Katz fand speziell für das Tübinger Material 49,6 Jahre.

Zur Zeit der Nachuntersuchung hatten 11 unserer Patientinnen das 50. Lebensjahr überschritten. Bei 2 von ihnen, die gerade 50 Jahre zählten, war die Klimax noch nicht eingetreten, bei beiden lag der Uterus anteflektiert. Bei den übrigen 9 zessierten die Menses zwischen dem 44. und 53. Lebensjahr. Als Durchschnitt ergibt sich das Alter von 48,9 Jahren. 4 dieser Frauen wiesen ein Recidiv der Retroflexio auf. Das Klimakterium hatte bei ihnen im Alter von 44, bezw. 49, 50 und 53 Jahren eingesetzt, also in einem Durchschnittsalter von 49 Jahren. Die Retroflexio hat also den Eintritt der Menopause nicht verzögert. Freilich haben wir es hier nur mit sehr kleinen Zahlen zu tun, die natürlich nichts beweisen können. Küstner hält für die Ursache der verspäteten Wechseljahre wiederum die venöse Stase infolge von Zerrung und Torsion der Ligamenta lata, die, wie wir gesehen haben, auch die Verstärkung der Periode bedingen soll. „Endlich führt diese Stauung — nach Küstners Worten — zu menstruellen Blutungen bei Frauen, welche sonst temporär amenorrhoisch sind, bei Stillenden.“ Heil hält dagegen auf Grund seiner 499 Einzelbeobachtungen umfassenden Statistik die Amenorrhoea lactantium für das Pathologische, für ein Zeichen von Insuffizienz, er glaubt vielmehr, daß das Eintreten der Menstruation während des Stillens die Norm darstelle.

Ziemlich allgemein wird die Retroflexio für eine Ursache der **Sterilität** angesehen; teils wird das Heraustreten der Portio aus dem Bereich des hinteren Scheidengewölbes, teils eine gleichzeitige Endometritis verantwortlich gemacht. Olshausen bezieht die Sterilität auf die „durchaus nicht genügend gewürdigte Komplikation alter Uterusflexionen“, nämlich die Hyperplasie des Uterus, die Metritis chronica, die auch nach der definitiven Heilung bestehen bleibt. Küstner fand dagegen mitunter nach der Lagekorrektur ein so überraschendes, experimentartig promptes Eintreten der Konzeption, daß seines Erachtens nicht nur Folgezu-

stände der Retroflexio als Konzeptionshindernis gewirkt haben können, da diese nach seiner Ansicht in so kurzer Zeit nicht geheilt worden wären. Auch Döderlein sieht in den Lageveränderungen der Genitalien eine häufige Ursache der Sterilität. In einem kürzlich gehaltenen Vortrag sagt er: „Gerade ex juvantibus, dem Erfolg der Retroflexionsoperationen, geht die ursächliche Bedeutung der Retroflexio für die Sterilität klar hervor.“

Wir können zu der Frage nach dem Nutzen der Therapie der Sterilität bei Retroflexio uteri mobilis nur geringes Material beibringen. Unter unsern 142 Fällen finden wir 2 Frauen, die lediglich wegen Sterilität operiert worden sind. Beide wurden gleichzeitig kurettiert. In einem Fall wurde außerdem eine Dilatation und Discission der Cervix ausgeführt, aber beide Frauen blieben steril. Von allen 9 zur Zeit der Operation steril verheirateten Frauen hat nur eine nach der Operation geboren, und zwar 1 Jahr danach. Da diese aber erst 1 Jahr vor der Operation geheiratet hatte und die 1. Geburt nur in etwa 15 % aller Fälle 10 Monate nach der Heirat erfolgt, kann hier nicht eigentlich von Sterilität die Rede sein. Von den übrigen 8 in steriler Ehe lebenden Frauen wiesen 5 eine ausgesprochene Hypoplasie des Genitalapparates auf. Diese Tatsache weist uns darauf hin, daß die Hauptursache der Sterilität weniger in mechanischen Momenten, als vielmehr in der der Lageanomalie zugrunde liegenden Hypoplasie und konstitutionellen Minderwertigkeit zu suchen ist.

Daß eine Herabsetzung der Facultas concipiendi durch die Retroflexio nur mit großer Einschränkung anzunehmen ist, zeigt die Häufigkeit der Gravidität in utero retroflecto. Schultze selbst sieht durchaus kein Konzeptionshindernis im Bestehen einer Retroflexion. Gleich ihm führt Skutsch aus, daß Frauen mit Retroflexion in gewissem Sinne sogar öfter konzipieren können. Da nämlich nicht selten im 2. oder 3. Monat **Abort** erfolgt, so ist die Möglichkeit, wieder von neuem gravid zu werden, nach seinen Ausführungen früher wieder vorhanden, als wenn ausgetragen wird. Auch Winter, der die chronische Metritis, die Menorrhagien, die Dysmenorrhoe und Sterilität als Folgeerscheinungen der Lageanomalie strikte ablehnt, hat doch den Abort als Folge der Retroflexio nicht ganz ausgeschlossen.

Von unseren Patientinnen haben überhaupt vor der Operation geboren 111 Frauen, und zwar haben sie 429 Partus und 65 Abortus durchgemacht, so daß ein Abort auf 6,60 Entbindungen

kommt. Nach der Operation haben geboren 63 Frauen, und zwar 103 mal am Ende der Zeit, 13 mal verfrüht. Es berechnet sich also ein Abort auf 7,90 Entbindungen. Nach Hegar ist das durchschnittliche Verhältnis der Fehlgeburt zur ausgetragenen Schwangerschaft = 1:8—10. Katz stellte am Tübinger Material fest, daß 10,62% aller Schwangerschaften vorzeitig durch Abort endeten, das bedeutet ein Verhältnis von 1:9,4. Es ist also der Abort tatsächlich bei unseren Patientinnen etwas häufiger, als dem Durchschnitt entspricht. Eine Patientin wurde ausdrücklich wegen habitueller Fehlgeburt operiert. Sie hat vor der Operation 2mal abortiert, nach der Operation 2mal ausgetragen. Gleichzeitig mit der Alexander-Adams-Operation wurde sie kurettiert. Vergleichen wir unsere Fälle vor und nach der Operation, sowie die unkomplizierten Retroflexionen mit den komplizierten, so drängt sich der Gedanke auf, daß die Retroflexion an sich nicht den Abort begünstigt, daß auch der Prolaps, der oft schon bei der ersten Niederkunft akquiriert wurde, dem Austragen nicht hinderlich ist, sondern daß vielmehr die gegen die Norm vermehrte Häufigkeit des Aborts in den meisten Fällen eine Folge der Endometritis war (s. Tab. S. 45).

Es ist also nach der Abrasio der Abort bedeutend seltener geworden, während die Alexander-Adams-Operation allein keinerlei Einfluß auf seine Häufigkeit hatte, ebensowenig die Plastik. Sollten sich diese Resultate an größerem Material bestätigen, so kann die Retroflexio uteri kaum mehr als Anlaß der habituellen Fehlgeburt gelten. Auch Graefe sieht in der Retroflexio an sich keine Abortursache, wohl aber in der neben der Retroflexio bestehenden Metritis, Endometritis und Perimetritis. Den Beweis dafür, daß die Retroflexio an sich nicht die Disposition zum Abort schaffe, liefern nach Graefe die vielen Fälle, in denen dieser nicht eintritt, trotz hochgradiger Retroflexio, selbst trotz Incarceration des retroflektierten Organs.

Auch die **Zahl der Geburten** finden wir relativ hoch, wenn wir wieder Rümelins Durchschnittszahl von 6,0 Kindern dem Vergleich zugrunde legen. Selbstverständlich können wir zum Beweis nur diejenigen verheirateten Frauen heranziehen, die zur Zeit der Nachuntersuchung am natürlichen Ende ihrer Fortpflanzungsfähigkeit waren. 24 Frauen, die das 45. Lebensjahr zurückgelegt haben, hatten im ganzen 179 Geburten und Aborte durchgemacht, darunter 156 rechtzeitige Geburten. Daraus berechnet

A. Vor der Operation:

	Frauen	Aborte	rechtzeit. Geb.	Verhältnis v. Abort zu rechtz. Geb.
Gesamtfälle	111	65	429	1 : 6,60
I. reine Alex.-Ad. - Operat.	36	17	123	1 : 7,23
II. Alex.-Ad. u. Abrasio	21	18	55	**1 : 3,05**
III. Alex.-Ad. u. Plastik	44	28	202	1 : 7,21
IV. Alex.-Ad. u. Abr. u. Plast.	10	2	49	
Gruppe III u. IV (Al.-Ad. u. Plast. einschließl. der Fälle m. gleichzeitiger Abr.)	54	30	251	1 : 8,36
Gruppe II u. IV (Al.-Ad. u. Abr. einschließl. der Fälle m. gleichzeitiger Plast.)	31	20	104	**1 : 5,02**

B. Nach der Operation:

	Frauen	Aborte	rechtzeit. Geb.	Verhältnis v. Abort zu rechtz. Geb.
Gesamtfälle	63	13	103	1 : 7,90
I. reine Alex.-Ad.-Operat.	23	6	44	1 : 7,33
II. Alex.-Ad. u. Abrasio	17	3	25	**1 : 8,33**
III. Alex.-Ad. u. Plastik	18	4	27	1 : 6,75
IV. Alex.-Ad. u. Abr. u. Plast.	5	0	7	
Gruppe III u. IV	23	4	34	1 : 8,50
Gruppe II u. IV	22	3	32	**1 : 10,66**

sich auf die Einzelne eine Gesamtleistung von 7,46 bezw. ohne die Aborte 6,5. Für die Zeit vor der Operation kommen auf eine der 111 Mutter gewordenen Frauen (die unverheirateten Parae

sind mitgezählt!) 4,45 Geburten bezw. ohne die Aborte 3,86, für die Zeit nach der Operation 1,04, ohne die Aborte 0,93. Die nach der Operation so bedeutend geringere Geburtenzahl ist selbstverständlich zum Teil eine Folge des höheren Alters, zum Teil durch die Kürze der verflossenen Frist bedingt. Da ein so geringer Bruchteil der Gesamtleistung auf die Zeit nach der Operation kommt, kann ein Einfluß der Lagekorrektur auf die größere Häufigkeit der Geburten ausgeschlossen werden, und es darf daher wohl unberücksichtigt bleiben, daß ein Teil der Geburten jener 24 nahe dem Klimakterium stehenden Frauen auf die Zeit entfällt, da der Uterus nicht mehr retroflektiert lag. Wir haben also in unseren Fällen von Retroflexio uteri eher eine erhöhte Fruchtbarkeit zu verzeichnen, nämlich 6,5 Geburten gegenüber einem Durchschnitt von 6,0.

Zum Vergleich der Fruchtbarkeit bei Ante- und Retroflexio müßte natürlich das Alter, die Zeit der Verheiratung usw. im einzelnen berücksichtigt werden. Es soll ja aber mit diesen Zahlen nichts anderes gesagt werden, als daß eine Erschwerung der Konzeption bei Retroflexio so wenig wie irgend ein anderer Einfluß auf eine Uterusfunktion erwiesen ist. Da der Spermastrahl bei der Rückwärtsneigung und -beugung sogar direkter in den äußeren Muttermund gelangen kann als bei der Normallage, wäre im Gegenteil eine ungewöhnliche Fruchtbarkeit, wie sie Vedeler bei Retroflexio fand, durchaus erklärlich. Doch hat schon Vedeler darauf hingewiesen, daß wohl mit größerer Wahrscheinlichkeit die Retroflexion eine Folge der großen Kinderzahl ist und nicht umgekehrt. Infolge der konsekutiven Erschlaffungszustände und Enteroptosen kommt in vielen Fällen sicher der großen Zahl von Entbindungen eine ätiologische Bedeutung zu.

Neben den verschiedenartigen Funktionsstörungen des Uterus gilt als zweites Kardinalsymptom der Retroflexio **Fluor** albus. Speziell von Winckel glaubt, daß seröser, schleimiger, eitriger, ja bisweilen jauchiger Ausfluß durch die Retroflexio hervorgerufen werde. Olshausen dagegen beschreibt den Uteruskatarrh als zufällige Komplikation, nicht als Folge der Retroflexio.

Vor der Operation klagten über Ausfluß 67 = 47% unserer Frauen; ungefähr ein Drittel wurde gebessert, und zwar handelte es sich bei diesen, wie noch gezeigt werden soll, großenteils um Prolapskranke, so daß gewiß vielfach ein Dekubitalgeschwür die Ursache des Fluors war. Nach der Operation klagten 53 = 37%

über Ausfluß, ein Prozentsatz, der den von Guttwein bei Retroflexionen gefundenen 41,8% nur wenig nachsteht. Daß der Fluor mindestens nicht immer eine Folge der Lageanomalie war, beweist vor allem die Tatsache, daß er vor der Operation vielfach erst infolge eines Pessars, also bei anteflektiertem Uterus aufgetreten ist, daß ferner 19, d. h. ungefähr der dritte Teil von den erst nach der Operation darüber klagenden 53 Frauen, vorher noch keinen Ausfluß gehabt hatten.

Zu berücksichtigen ist hier insbesondere die ungemein große Häufigkeit des Fluors überhaupt. Oft finden wir ihn als Teilerscheinung einer einfachen allgemeinen Konstitutionsschwäche bei Chlorose und beginnender Tuberkulose, bei Diabetes und Fettsucht, auch bei Neurosen. Hecker hat den Fluor albus sogar durch Hypnose zur Heilung gebracht. Daß Gonorrhoe, Lues, örtliche Tuberkulose, Myome, Carcinome etc. in ätiologischer Beziehung auszuschließen sind, ist selbstverständlich. Bei abgearbeiteten, unterernährten Frauen sehen wir in vielen Fällen eine besonders lebhafte Desquamation der Vaginalepithelien; gerade diese Kategorie von Frauen hat aber bei Retroflexio Beschwerden. Findet der Arzt in der Scheide diesen dicken weißen Brei und stellt er gleichzeitig eine Lageabweichung des Uterus fest, so gilt oft die Retroflexio fälschlich als Ursache.

Auch Kehrer spricht von „sogenannter dyskrasischer Endometritis", d. h. einer reinen Hypersekretion der Uterusschleimhaut bei jungen chlorotischen Mädchen, die ohne jede Lokalbehandlung bei Hebung des Allgemeinzustandes und Besserung der Blutbeschaffenheit verschwindet.

Nassauer hat neuerdings wieder betont, daß die Obstipation zu den häufigsten ursächlichen Momenten des Fluors gehört. Auch Theilhaber beobachtete vermehrten weißen Fluß zu Zeiten stärkerer Stuhlverstopfung. In sehr vielen Fällen wird der Ausfluß eine Folge vermehrter Sekretion bei Endometritis sein. Wir notierten Klagen über Fluor bei den einzelnen Operationen in folgender Häufigkeit:

	vor der Operation:	nach der Operation:
I. Reine Alex.-Ad.-Operation (53 Fälle)	23 = 43,39 %	20 = 37,73 %
II. Alex.-Ad. und Abrasio (33)	18 = 54,54 %	16 = 48,48 %
III. „ „ Plastik (46)	22 = 47,82 %	13 = 28,26 %
IV. „ „ Abrasio und Plastik (10)	4 = 40,00 %	4 = 40,00 %.

Der Einfluß der Endometritis ist nach obigen Zahlen klein; neben ihr muß auch der Prolaps infolge der klaffenden Scheide als ursächliches Moment in Betracht kommen, daher war auch der Fluor am häufigsten nach gleichzeitiger Plastik beseitigt.

Wir kommen also zu dem Schluß, daß der Ausfluß bei Retroflexio meist ein zufälliger Befund und keine Folge der Lageabweichung ist. Auch konnten wir keine kausale Abhängigkeit der **Endometritis** von der Retroflexio konstatieren. Durch den Nachweis von Erosionen und Fluor ohne Rücksicht auf subjektive Angaben der Patientin stellten wir bei der Nachuntersuchung 24 mal Endometritis fest, aber nur in zwei Fällen gleichzeitig Retroflexion. Daß von den 33 Frauen mit Retroflexio 2 = 6 % eine Erosio aufwiesen, von den 109 mit Anteflexion aber 22 = 20 %, spricht doch sicher gegen die Annahme, daß die Endometritis eine häufige Komplikation gerade der Retroflexio uteri sei.

Soweit die örtlichen Störungen, die durch die Retroflexio veranlaßt werden sollen, nicht vom Uterus selbst ausgehen, betreffen sie vor allem **Blase und Mastdarm.** Als Ursache der so häufig geklagten Urinbeschwerden nimmt Hildebrandt sogar eine Knickung der Ureteren und dadurch die Möglichkeit einer Hydronephrose an. Auch Fehling kennt die einseitige intermittierende Hydronephrose als Symptom der Retroflexio. Eine solch deletäre Druckwirkung ist aber zum mindesten bei beweglicher Retroflexion undenkbar. Als Kuriosum mag hier erwähnt werden, daß Hildebrandt zu den fast regelmäßig auftretenden Folgen der Retroflexio die Tympanie, speziell des Colon transversum zählt, die jedoch nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Atonie ist. „Sehr oft ist, nach Hildebrandt, damit verknüpft eine auffallend rege Peristaltik der Därme .... Rechnet man nun hinzu, daß die Retroflexion oft vergesellschaftet ist mit sekundärer Anschwellung der Brüste, ja mit Sekretion von Milch, daß Uebligkeiten, Erbrechen und eine Menge anderer nervöser Leiden, welche die Schwangerschaft begleiten, auch bei der Retroflexion unendlich häufig vorkommen, so kann man es den Frauen, welche sich Kinder wünschen, nicht verargen, daß sie sich durch diesen Symptomenkomplex täuschen lassen.“ Was Hildebrandt hier schildert, ist die typische Grossesse nerveuse, ein klassisches Symptomenbild der Hysterie. Er beweist damit nur das häufige Zusammentreffen von Retroflexion und Neuropathie.

Wenn die Lageveränderung wirklich eine Deformation der **Blase** veranlaßt, wenn sich tatsächlich die Klagen über häufigen Harndrang und Tenesmen, Inkontinenz und Schmerzen beim Wasserlassen, wie Rosthorn, Fritsch und Fehling wollen, durch den Druck des Scheidenteils auf das Trigonum Lieutaudii erklären, müßte man doch staunen, überhaupt eine Gravidität oder ein Myom ohne Blasenbeschwerden einhergehen zu sehen! Die Fälle von Ischuria paradoxa und Nekrotisierung der Blase, die lebensgefährliche Zustände herbeiführen können, veranlaßt durch beträchtliche Vergrößerung des retroflektierten Uterus durch Myome, Gravidität oder Neoplasmen, gehören nicht hierher. Solche Fälle mit schweren Inkarzerationserscheinungen waren es gerade, welche die Retroflexio in den Augen der Gynäkologen noch vor 50 Jahren zur lebensbedrohlichen Krankheit stempelten. Daß die Blasenbeschwerden, einen nicht wesentlich vergrößerten Uterus vorausgesetzt, von der Retroflexion an sich unabhängig sind, zeigt die Beobachtung, daß nur 39 = 27 % unserer Patientinnen auf Befragen angaben, vor der Operation dergleichen Beschwerden gehabt zu haben und nach der Operation 27 = 19 % darüber klagten, und zwar traten bei 14 % die Urinbeschwerden erst bei anteflektiertem Uterus auf. Eine ganze Reihe der Frauen spürten die Schmerzen beim Wasserlassen nur so lange sie ein Pessar trugen, es muß bei ihnen also der Ring die mechanisch bedingte Ursache gewesen sein. Bei dem Prolaps kann auch das Abwärtszerren des Blasengrundes an den Beschwerden schuld sein. Wir fanden zwar dies Symptom bei gleichzeitigem Prolaps nicht häufiger als bei reiner Retroflexio, nämlich:

Unter den 56 mit Prolaps komplizierten Fällen	15 mal	= 26,78 %,
„ „ 86 reinen Retroflexio-Fällen	24 mal	= 27,90 %.

Aber bei ersteren wurden die Urinbeschwerden ausnahmslos durch die Operation beseitigt, bei letzteren nur in 70 % der Fälle. Bei den übrigen mag auch eine Senkung geringeren Grades im Spiel gewesen sein. Für den einzelnen Fall läßt sich nachträglich natürlich nicht mehr die Ursache der Beschwerden feststellen, abgesehen von einer Patientin, bei der nach der Lagekorrektion, die ihr keinerlei Besserung brachte, eine Nephrolithiasis diagnostiziert wurde (Nr. 79).

Pagenstecher glaubt auf Grund seiner umfassenden Statistik, daß die Blasenbeschwerden durch den komplizierenden Prolaps bedingt sind. Von den 27 unserer Frauen, die nach der

Operation über Blasenbeschwerden klagten, wiesen 13 = 48 % eine Cystocele auf, bei den übrigen 14 lag nur bei einer der Uterus retroflektiert. Da wir für die Zeit vor der Operation bei gleichzeitigem Prolaps, also bei der hochgradigeren Lageanomalie, die Urinbeschwerden sogar eher seltener fanden, kann doch die geringere Lageanomalie der Retroflexion überhaupt kaum schuld sein.

Auch bei genitalgesunden Frauen ohne Prolaps finden wir oft Klagen über Brennen beim Wasserlassen und häufigen Harndrang, was bei der vermöge der kurzen weiblichen Harnröhre so häufigen Cystitis nicht verwundern kann. Speziell Neuropathen klagen vielfach über Urinbeschwerden, die Polyurie ist eine bekannte Erscheinung bei Hysterischen und Neurasthenischen. Endlich kommt die chronische Obstipation in Betracht, die, wie A s c h gezeigt hat, vielfach zu Beschwerden von seiten der Harnorgane führt. Habituelle Stuhlverstopfung bestand bei der Mehrzahl der über Blasenbeschwerden klagenden Frauen. Die Coliurie, eine nicht seltene Folge der Obstipation, kann das Allgemeinbefinden schwer schädigen. Abgesehen von rein mechanischen Einwirkungen durch die gestauten Kotmassen sieht A s c h in der durch die angewandten inneren Abführmittel hervorgerufenen und zu oft wiederkehrenden Blutüberfüllung des Abdomens und Beckens eine Ursache der Erscheinungen von seiten der Harnwege. Eben diese Hyperämie kann natürlich auch Menorrhagien und Ausfluß veranlassen.

Undenkbar scheint uns aber, daß der retroflektierte Uterus, solange er nicht beträchtlich vergrößert ist, durch Kompression des Rectums chronische **Obstipation** verursachen soll, während man doch häufig eingekeilte Myome und Ovarialcystome findet, die das Rectum scheidenförmig verengern und keine Obstipation machen. Eher kann man sich vorstellen, daß bei Entzündungszuständen in der Umgebung die herabrückende Kotsäule Schmerzen verursacht und die Kranke so am Pressen verhindert.

Auch K e h r e r gibt an, daß zwar ein in Retroflexio fixierter Uterus auf den Mastdarm drücken und auf dem Umwege über schmerzhafte Defäkation die Darmtätigkeit hemmen kann, daß aber ganz unkomplizierte Retroflexionen diese Erscheinungen nicht herbeizuführen vermögen.

Während Z w e i f e l die Ursache virgineller Retroflexionen vor allem in zu seltener Entleerung der Blase sieht, hält F l a i s c h l e n die andauernde Füllung des Rectums mit Fäkal-

massen, durch die die Cervix nach vorn gedrängt wird, für ein wichtiges ätiologisches Moment, nicht etwa eine Folge der Retroflexio uteri. Die bei jungen Mädchen meist auf schlechter Gewöhnung infolge falscher Scham beruhende Stuhlverstopfung führt zu dauernder Dehnung der Ligamenta rectouterina. Dadurch büßen diese ihre Elastizität ein. In gleichem Sinne wirkt hartnäckige Bleichsucht, die Flaischlen häufig gleichzeitig bei jungen Mädchen mit beweglicher Retroflexio fand. Es kommt durch die Blutarmut zur Schlaffheit der Uterusmuskulatur und des Musculus retractor uteri.

Die Obstipation als solche kann die Ursache vieler der Retroflexio zugeschriebener Symptome sein. So erwähnt Kehrer die Häufigkeit leichter intoxikationsähnlicher Zustände, vorwiegend auf vasomotorischem Gebiete, durch Resorption von Ausscheidungsprodukten aus der Rectumampulle bei Neurasthenikern mit chronischer Obstipation.

Nicht die Retroflexio führt zu Hämorrhoidalbeschwerden, wie oft behauptet wird, sondern die Obstipation, die zunächst eine Proktitis und Periproktitis, schließlich eine Parametritis zur Folge hat, worauf unter anderen Sellheim hinwies.

Carl v. Wild zählt zwar Lageveränderungen des Uterus zu den Ursachen, die, indem sie ein Zirkulationshindernis bilden, lähmend auf die Darmtätigkeit wirken und deshalb beseitigt werden müssen, wenn eine normale Darmfunktion hergestellt werden soll. Dagegen zeigt er auch, wie eine durch Obstipation bedingte Stauungshyperämie das Genitale beeinträchtigt und Schmerzen bedingt. Er sah „eine ganz erhebliche Anzahl von Patientinnen, welche an Menstruationsstörungen, Empfindlichkeit der Ovarien, des Para- und Perimetriums mit den bekannten Kreuzschmerzen, auch solche, welche an leichten Katarrhen litten, ohne jede gynäkologische Behandlung gesund werden, nachdem eine normale Darmtätigkeit hergestellt war". Und zwar befanden sich unter diesen Patientinnen auch solche, die sich vorher vergeblich einer sachverständigen gynäkologischen Behandlung unterzogen hatten.

Von unseren Patientinnen klagten vor der Operation 75 = 52,8 % über Stuhlverstopfung. Es könnte scheinen, als gelte für einen Teil unserer Fälle das „Cessante causa, cessat effectus", denn immerhin litten nach der Operation nur noch 60 = 42,25 % der Frauen an Obstipation. Und dennoch kann der Erfolg der

Therapie eine Abhängigkeit der Darmträgheit von der Lageabweichung nicht beweisen, denn gebessert waren vor allem die Fälle mit gleichzeitiger Plastik. Die Alexander-Adams-Operation allein hatte kaum einen Einfluß auf die Obstipation.

Obstipation:	vor d. Operat.:	nach d. Operat.:
I. Bei reiner Retroflexio (86 Fälle)	45 = 52,32 %	43 = 50 %
II. Bei Retroflexio und Prolaps (56)	30 = 53,57 %	17 = 30,35 %.

In der mit Funktionsstörungen des Uterus oft vergesellschafteten Darmträgheit sehen wir mit Marie Tobler nur den Beweis, daß auch die funktionelle Tätigkeit anderer Unterleibsorgane zu wünschen übrig läßt. Andererseits kann die bei der hiesigen Bevölkerung so außerordentlich häufige Obstipatio spastica, die die mannigfaltigsten Mißempfindungen verursacht, leicht eine Frau auf den Gedanken bringen, unterleibskrank zu sein. Für die nervöse Entstehungsweise der Koprostase spricht auch die häufige Beobachtung, daß Frauen, die an chronischer Verstopfung leiden, plötzlich zur Zeit der Menses Durchfall bekommen.

Mit der Obstipation mag in vielen Fällen auch das für ein typisches Symptom der Retroflexio geltende **Drängen nach unten** zusammenhängen. Wenn wir finden, daß vor der Operation 101 = 71,12 % der Patientinnen, nach der Operation aber nur noch 52 = 36,62 % über dies lästige Gefühl klagten, könnte man auf den ersten Blick geneigt sein, tatsächlich eine Abhängigkeit dieser Beschwerden von der Retroflexion anzunehmen. Gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht aber unverkennbar die Tatsache, daß bei der Nachuntersuchung von den 109 Frauen mit anteflektiertem Uterus 40 = 36,7 % über Druck nach unten klagten, von den 33 Frauen, deren Uterus retrovertiert oder flektiert lag, 12 = 36,4 %. Es ist also keine Differenz in der Häufigkeit dieses Symptomes bei Anteflexion und Retroflexion festzustellen.

Bei 4 Frauen trat das Symptom überhaupt erst nach der Operation auf; vor der Operation klagten von den 86 Patientinnen, bei denen lediglich die Alexander-Adams-Operation zum Teil mit gleichzeitiger Abrasio ausgeführt wurde, 64 = 74,42 % über Druck nach unten (nach der Op. 33 = 38,37 %), von den 56 Patientinnen, bei denen gleichzeitig ein beträchtlicher Prolaps operiert wurde, 37 = 66,07 % (nach der Op. 19 = 33,93 %). Daß nicht alle Prolapskranken diese Klage hatten, ja sogar relativ weniger Prolapskranke als solche mit unkomplizierter Retroflexio,

stimmt zu der merkwürdigen Beobachtung, daß wir in der Tübinger Ambulanz häufig Frauen mit faustgroßen Vorfällen sehen, die gar keine Beschwerden haben und nur die Angabe machen, „es komme etwas heraus“. Dagegen wurde der Drang nach unten häufiger durch die gleichzeitige Plastik als durch die reine Alexander-Adams-Operation geheilt. Die gleiche Beobachtung machten wir für den Fluor, die Urinbeschwerden und, wie wir noch zeigen werden, auch für die Kreuzschmerzen.

	Klage über Druck nach abwärts bei:	durch die Operation davon geheilt:
I. 86 Alex.-Ad.-Operat.	64 = 74,72 %	31 = 48,43 %
II. 56 Alex.-Ad. u. Plastik	37 = 66,07 %	22 = 59,46 %.

Wenn aber selbst der Vorfall nicht immer Drängen nach abwärts erzeugt und dies Symptom nicht in jedem Fall durch die Vorfalloperation beseitigt wird, so kann der Druck nach unten unmöglich stets die Folge dieser hochgradigen Lageanomalie, aber erst recht nicht die einer reinen Retroflexio sein. Daß wir gar nicht immer ein anatomisches Substrat für diese Klagen zu suchen brauchen, beweist das häufige Vorkommen dieses Symptoms unter den prämenstruellen Beschwerden bei genitalgesunden Frauen. Und wie oft wird während der Menses über ein lästiges Ziehen und Drängen nach unten geklagt!

Wenn das Drängen nach unten, der Druck auf den Darm, der Blasendruck und Harndrang zusammen mit den Kreuz- und Rückenschmerzen bei der einfachen Retroflexio tatsächlich als direkte Druck- bezw. Zerrungserscheinungen zu deuten wären, müßten sich diese Beschwerden infolge des Tiefersinkens des über die Norm vergrößerten schwangeren Uterus regelmäßig und erheblich geltend machen. Ausgehend von dieser Betrachtung hat Graefe 200 Fälle von Schwangerschaft und Retroflexio uteri zusammengestellt. Daß 61 dieser Patientinnen überhaupt über keine örtlichen Beschwerden zu klagen hatten, stützt die Auffassung des nervösen Ursprungs dieser Symptome.

Eine Verschlimmerung aller Beschwerden zur Zeit der Menses, bezw. heftige **Schmerzen während der Menstruation** verspürten vor der Operation 91 = 64,08 % unserer Patientinnen, nach der Operation noch 60 = 42,25 %. Jakoby erhielt beim Befragen von 268 Frauen 158 Fälle von Dysmenorrhoe = 59 %. Wir haben somit keinen Anlaß, eine auffallende Häufigkeit dieses Symptoms bei Retroflexion anzunehmen. Ein Abnehmen der dys-

menorrhoischen Beschwerden im Lauf der Jahre ist zudem die Regel. Ganz beschwerdefrei menstruieren nach Marie Toblers Statistik überhaupt nur 16 % der Frauen. Wenn Küstner sagt, „bei normalem Genitale gibt es keine Dysmenorrhoe", kann er diesen Begriff doch wohl nur auf sehr heftige menstruelle Beschwerden anwenden. Vedeler hat als einer der Ersten die Behauptung aufgestellt, daß es Dysmenorrhoeen ohne anatomische Veränderung am Genitale gibt; hierher gehören vor allem die Fälle von primärer Dysmenorrhoe, worunter wir das Auftreten von Beschwerden schon von der ersten Regel an verstehen.

Unter unsern Gesamtfällen haben wir 48 Fälle primärer Dysmenorrhoe verzeichnet, von denen 24 ungebessert blieben, gegenüber 43 Fällen sekundärer Dysmenorrhoe, die 23 mal durch die Operation nicht beeinflußt wurde. In 13 Fällen traten erst nach der Operation Schmerzen bei der Periode auf. Gebhard zählt als Ursache der Dysmenorrhoe in erster Linie Endometritis auf; nach Theilhaber spielt sie aber nur eine untergeordnete Rolle. Trennen wir die Dysmenorrhoe bei komplizierter und unkomplizierter Retroflexio, so können wir der Endometritis keinen besonderen Einfluß auf die Schmerzen zuschreiben.

	Dysmen. vor d. Operat.:	nach d. Operat.:
I. 53 mal reine Al.-Ad.-Op.	40 = 75,47 %	29 = 54,71 %
II. 33 mal Al.-Ad. u. Abrasio	24 = 72,72 %	17 = 51,51 %
III. 76 mal Al.-Ad. u. Plastik	22 = 47,82 %	12 = 26,08 %
IV. 10 mal Al.-Ad. u. Abrasio u. Plastik	5	2
142 Gesamtfälle	91 = 64,08 %	60 = 42,25 %.

Daß zwar jede der Operationen Einfluß auf die dysmenorrhoischen Beschwerden hatte, keine aber einen ausschlaggebenden, zeigt, daß in einem überwiegenden Teil der Fälle die Dysmenorrhoe nicht durch die Lageabweichung oder eine Komplikation derselben bedingt war. Prüfen wir die verschiedenen Theorien der Dysmenorrhoe in bezug auf unsere Fälle, so spricht zunächst der Umstand, daß relativ mehr Nullipare als Multipare über Menstrualbeschwerden klagten, sehr für eine nervöse Entstehung der Schmerzen.

	Dysmen. vor d. Operation:	nach d. Operation:
Von 31 Nulliparae	25 = 80,64 %	14 = 45,16 %
„ 111 Parae	66 = 59,46 %	46 = 41,44 %.

Sehr oft üben Geburten einen heilenden Einfluß auf dysmenorrhoische Beschwerden, so auch in unseren Fällen. Denn

von den 9 Nulliparen, die ihre dysmenorrhoischen Beschwerden später verloren, haben nur 2 später nicht geboren.

Sellheim sieht in dem Aufhören der Dysmenorrhoe in vielen Fällen, wo die Natur die Bänder durch Schwangerschaft und Geburt einmal ordentlich gelockert und gedehnt hat, den Beweis für die Abhängigkeit der dysmenorrhoischen Schmerzen von der Zerrung an der Parietalserosa. Sehr oft wird es sich aber auch in den Fällen von Besserung oder Heilung der Menstruationsbeschwerden nach einem Partus, die Tobler sogar in 64% beobachtete, um die Dysmenorrhoe bei Hypoplasie oder Infantilismus handeln. Diese Form der Dysmenorrhoe muß gerade bei Retroflexio besonders häufig sein. Kermauner meint, man solle in solchen Fällen auf die Hypoplasie kausal einzuwirken versuchen, indem man die Entwicklung des Organs zu fördern trachtet, „regelmäßiger sexueller Verkehr — sagt er — wirkt oft günstig ein". Wahrscheinlich ist es dieser Gesichtspunkt, der manch einen Arzt veranlaßt, einem jungen Mädchen als Mittel zur Erlangung der Gesundheit die Heirat zu empfehlen, ohne daß er sich klar macht, was für ein Unheil er mit solch gut gemeintem Rat heraufbeschwören kann. Oft genug kommt die Patientin völlig aus dem seelischen Gleichgewicht und heiratet sie wirklich, so kann diese therapeutische Maßregel erst recht zur Quelle des Unglücks werden, wenn ihr nämlich infolge allzu mangelhafter Entwicklung ihrer Ovarien der Kindersegen versagt bleibt, auf den sie hofft, den der Gatte mit Recht erwartet. Es ist in diesem Punkt doppelte Vorsicht geboten, weil auch das Nervensystem dieser Individuen mit Entwicklungshemmungen fast immer minderwertig ist und endlich oft die Fortpflanzungstätigkeit ein Heer von Beschwerden heraufbeschwört.

Auch Krönig fand heftige Dysmenorrhoe meist bei Mädchen mit neuropathischer Belastung und Chlorose, deren Häufigkeit in unseren Fällen schon besprochen wurde. Lomer hält die meisten Dysmenorrhoeen für hysterischer Natur und zeigt, daß sie oft genug erst von einer besorgten Mutter groß gezogen worden sind. Dies bei Mädchen besserer Stände gewiß sehr häufig anerzogene Nachgeben gegenüber körperlichem Unbehagen setzt freilich, wenn es stärkere Beschwerden zur Folge hat, ein empfängliches Nervensystem voraus, im Sinne Menges, daß die bei jeder Menstruation einsetzende Kontraktion der Uteruskörpermuskulatur, die er und Theilhaber für die Schmerzen verantwortlich machen, „bei

somatisch und psychisch gesunden Frauen insensibel verlaufen, dagegen als Schmerz fühlbar sind bei funktionellen Störungen des Nervensystems, auch bei völlig gesundem Genitalapparat".

Winckel will diese wehenähnlichen Schmerzen, die sich nach seiner Beobachtung bis zu convulsiven Zuckungen steigern können, durch behinderten Abfluß erklären. Die Anhänger dieser mechanischen Theorie sehen das Hindernis neben der Stenose vorwiegend in der Lageanomalie. Moericke, der zwar eine Dysmenorrhoe ex anteflexione pathologica uteri kennt, zeigt, daß bei Retroflexio von einem mechanischen Hindernis absolut keine Rede sein kann. Die meisten Theorien werden an der Tatsache zu schanden, daß die dysmenorrhoischen Beschwerden oft dauernd oder vorübergehend behoben werden, wenn die Patientin in ein anderes Milieu versetzt wird, und daß andererseits die Dysmenorrhoe oft plötzlich infolge eines psychischen Traumas entsteht. Darum können wir auch nicht für die Fälle, in denen die Dysmenorrhoe nach der Operation schwand, das post hoc, ergo propter hoc gelten lassen.

Gegen die Abhängigkeit der Menstruationsbeschwerden von der Retroflexio spricht auch, daß Tobler bei ihren Fällen von Dysmenorrhoe zwar manchmal einen leichten Grad von Retroflexio feststellte, aber nicht häufiger als bei Mädchen ohne Menstruationsbeschwerden. Dagegen fand sie die Dysmenorrhoe oft vergesellschaftet mit chronischer Bleichsucht und Obstipation, die ja auch bei unseren Patientinnen einen häufigen Befund bilden. Ebenso trifft für unsere Fälle ihre Beobachtung zu, daß die primäre Dysmenorrhoe sich vorwiegend bei Mädchen findet, die schon zur Pubertätszeit in einem Beruf tätig sind, der zu große, vor allem körperliche Anforderungen an sie stellt. Soweit unsere Patientinnen nicht im Dienst oder in einer Fabrik tätig waren, mußten sie in der Landwirtschaft helfen, und das bedeutet gerade bei den hiesigen Bodenverhältnissen eine sehr harte Arbeit. In einer Anzahl von Fällen verrichteten unsere Patientinnen nach der Operation nicht mehr die gleiche anstrengende Arbeit wie vorher. Dies Moment kann völlig genügen, das Aufhören der dysmenorrhoischen Beschwerden zu erklären, ganz abgesehen von der Lagekorrektur. Auch bei den Mädchen, die über sekundäre Dysmenorrhoe klagten, fand Tobler häufig, daß die geschlechtliche Entwicklung dem Alter nicht entsprach. Bei den Dysmenorrhoen nach Ehe und Geburt fand sie meist krankhafte Veränderung der Geschlechts-

organe. Aber diese durch Perimetritiden, Salpingitiden und Erkrankungen der Ovarien verursachten Schmerzen kommen für unsere Fälle nicht in Betracht, da alle diese Affektionen die Alexander-Adams-Operation kontraindiziert hätten.

Neben den Schmerzen bei der Periode soll die Gebärmutterknickung Schmerzen beim Koitus veranlassen, die auf Empfindlichkeit der infolge der Retroflexio descendierten **Ovarien** beruhen. Diese entzündliche Reizung der Ovarien ist nach Schultzes Ansicht eine Folge der beeinträchtigten Blutzirkulation, sie prädisponiert zu Tumorbildung. Er hält also die Retroflexio uteri für das Primäre, den Ovarialtumor für das Sekundäre, und findet damit ein neues Moment für die Indikation zur Korrektur der Retroflexio. Auch Menge erwähnt, daß man bei Retrodeviationen nicht selten rein mechanisch bedingte Kohabitationsbeschwerden beobachtet, die zum Teil auf Läsionen des Uterus selbst, zum Teil auf solche der descendierten Ovarien zu beziehen sind. Ein solcher Descensus der Ovarien ist aber bei Retroflexio durchaus nicht erwiesen. In unseren Krankengeschichten ist jedenfalls nur äußerst selten Descensus ovariorum notiert. Bei der Nachuntersuchung fanden sich die Ovarien nur 9 mal besonders tief; 6 mal war gleichzeitig der Utérus retroflektiert, 3 mal anteflektiert, 12 mal aber war ein mangelhafter Descensus zu konstatieren, der, wie wir aus den Arbeiten von Sellheim und A. Mayer über den Infantilismus wissen, ein Zeichen der gehemmten Entwicklung ist. In 2 Fällen, in denen es sich nicht um senile Genitalien handelte, waren außerdem die Ovarien hypoplastisch. Die Fälle, in denen sie nicht gefühlt wurden, berücksichtige ich nicht. Vergrößert fanden wir die Ovarien bei der Nachuntersuchung 7 mal, d. h. in 4,93% der Fälle, 2 mal war eine Perioophoritis festzustellen. In allen übrigen Fällen waren die Adnexe ohne Besonderheiten. Selbst wenn man annehmen will, daß die inzwischen korrigierte Retroflexio in ursächlichem Zusammenhang mit den Adnexveränderungen stand, so ist deren Häufigkeit doch viel zu gering, um an und für sich eine Indikation zur Lagekorrektur zu geben.

Das vorliegende Material läßt keinen sicheren Schluß darüber zu, ob eine Retroflexio überhaupt zu einem Adnextumor führen kann, daß wir dies aber für absolut undenkbar halten müssen, geht schon aus dem oben über die supponierte Zirkulationsstörung Gesagten hervor. Auch im Ambulanzjournal 1908 finden wir bei 649 Fällen von retroflektiertem Uterus nur 14

Adnextumoren = 2,15%. Pagenstecher fand 3,6% Ovarialtumoren, Guttwein 4,7% bei seinen Fällen von Retroflexio uteri. Adnexveränderungen sind also so selten, daß man der Retroflexio kaum einen Einfluß auf ihre Entstehung zuerkennen darf.

Ferner soll die **Tubargravidität** relativ häufig bei Retroflexio sein, nach Küstner infolge der rechtwinkligen Abknickung der Tuben. Dagegen ist zunächst zu sagen, daß die Tuben nur ausnahmsweise so fest im Becken aufgehängt sind, daß mit der Rückwärtsneigung der Gebärmutter eine Knickung der Eileiter entstehen könnte. Von unseren Patientinnen hat nur eine wegen Extrauteringravidität operiert werden müssen, und zwar geschah das gleichzeitig mit dem Alexander-Adams. Wir hätten somit 0,7% Tubargravidität, genau die gleiche Zahl, wie sie Pagenstecher fand. Unter den 649 Retroflexionen, die 1908 in der Ambulanz gesehen wurden, ist 2mal, d. h. in 0,3% eine Graviditas tubaria diagnostiziert worden. Ein ursächlicher Zusammenhang scheint uns somit auch hier nicht wahrscheinlich.

Eine große Anzahl von **Schmerzempfindungen** wird schließlich der Retroflexio zur Last gelegt. Selbst Paresen einer Unterextremität sollen durch den Druck des Uterus auf den Plexus ischiadicus entstehen können. Die von uns untersuchten Patientinnen gaben ziehende Schmerzen und Gefühl von Schwere in den Beinen allerdings mehrfach an, aber fast alle von ihnen wurden ausschließlich während der Periode dadurch belästigt. Diese Art dysmenorrhoischen Beschwerden wird aber oft genug bei anteflektiertem Uterus geklagt. Außerdem finden wir Müdigkeit in den Beinen, Ziehen und Spannen in den Oberschenkeln sehr häufig unabhängig von der Periode bei chlorotischen Mädchen. Wenn nicht gleichzeitig ein entzündlicher Vorgang im kleinen Becken im Spiel ist, der natürlich stets der Behandlung bedarf, kann doch der retroflektierte Uterus als solcher unmöglich einen derartig unheilvollen Einfluß auf die nach Sellheims Untersuchungen gut geschützt an der Beckenwand verlaufenden Nervenstämme ausüben. Man bedenke nur, daß ein Myom fast nie Parästhesien macht, daß ein Carcinom zuweilen das kleine Becken förmlich einmauert, ehe es Schmerzen verursacht! Gewiß ist oft bei einer Ischias die gleichzeitig bestehende Retroflexio fälschlich als Ursache der Schmerzen angesehen worden. Ebenso ist bei den Neuralgien, die so unendlich häufig die klimakterische Involution begleiten, die orthopädische Behandlung des geschrumpften

und nicht selten retroflektierten Uterus, wie Thorn ausführt, ein ganz vergebliches und überflüssiges Bemühen. Wenn je diese sogenannten Drucksymptome durch Pessarien geheilt werden, so kann das nur auf Suggestion beruhen, denn der Ring kann jedenfalls den Druck nicht aufheben, sondern höchstens verstärken.

Am konstantesten sind von allen bei Retroflexio uteri vorkommenden Schmerzempfindungen die Rücken- und **Kreuzschmerzen.** Theilhaber hat auf die zahlreichen Ursachen, die bei Entstehung des Kreuzschmerzes in Betracht kommen können, auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe aufmerksam gemacht. Die Retroflexio uteri fand er, ebenso wie Freudenberg, in der Regel an derselben unschuldig. Nur bei der Incarceratio uteri retroflecti ist der Kreuzschmerz nach seiner Erfahrung häufig sehr heftig, zuweilen auch beim Prolaps. A. Mayer betont, daß nach seinen Erfahrungen an der Heidelberger Klinik der Kreuzschmerz entweder durch die Komplikation der Retroflexion und zwar hauptsächlich durch den Prolaps bedingt oder aber rein nervöser Natur sei. Wir fanden die Klage über Kreuzschmerz bei:

	vor der Operation:	nach der Operation:
86 Fällen von reiner Alex.-Ad.-Operat.	77 mal = 89,53 %	54 mal = 62,79 %
56 „ „ Alex.-Ad. u. Plastik	36 mal = 64,28 %	23 mal = 41,07 %
142 Gesamtfällen	113 mal = 79,57 %	77 mal = 54,22 %.

Von den Kreuzschmerzen befreit waren nach der Operation:

Von 77 Fällen (unkompliziert. Retrofl.)	23 = 29,87 %
„ 36 „ (Retrofl. und Prolaps)	13 = 36,11 %.

Es fällt auf, daß bei der hochgradigeren Lageanomalie die Kreuzschmerzen relativ seltener sind, also können sie im allgemeinen überhaupt nicht von der Retroflexio herrühren, wohl aber in vielen Fällen vom Prolaps. Dafür spricht auch der Umstand, daß bei gleichzeitiger Operation des Vorfalls die Kreuzschmerzen häufiger beseitigt wurden, als in den Fällen von reiner Alexander-Adams-Operation. Für die große Mehrzahl unserer Patientinnen müssen wir aber nach anderen Ursachen suchen, denn von den 113 Frauen, die über Kreuzschmerzen klagten, waren nach der Operation nur 36 = 31,86% frei davon. Küstner bezieht die Kreuzschmerzen auf entzündliche Begleiterscheinungen der Retroflexion im Bereich des Peritoneums, ausgehend von der Tatsache, daß genau die gleichen Schmerzen bei einer großen Reihe anderer gynäkologischer Affektionen vorkommen.

Hegar hat die nervösen Symptome, die sich vorwiegend in den Zweigen des Plexus sacralis und lumbalis abspielen und deren primäre Ursache vornehmlich in den Genitalorganen gesucht wird, als „Lendenmarksymptome“ beschrieben. Er gibt aber selbst an, daß er in 15% solcher Fälle keine pathologischen Veränderungen der Sexualorgane nachweisen konnte. Krönig hält den Prozentsatz dieser meist auf spinaler Neurasthenie beruhenden Reizerscheinungen bei normalem Genitalbefund für viel höher. Vielfach werden die Kreuzschmerzen rheumatischen Ursprungs sein, worauf besonders Salin hinwies.

Der Bostoner Orthopäde Goldthwait sieht ihre Ursache häufig in abnormer Schlaffheit des Bandapparates in der Articulatio sacroiliaca. Daß die Bänder und Muskeln leicht ermüden bei dauernder Störung des statischen Gleichgewichts, wie wir sie nach der Schilderung von Mathes bei den Infantil-Asthenischen mit ihrer tiefsitzenden Lendenlordose und der geringen Beckenneigung finden, ist wohl verständlich. Nicht zustimmen können wir aber der Beobachtung von Lovett und Reynaulds, daß die falsche Haltung, die sie im Gegenteil als Verlegung des Schwerpunktes nach vorn beschreiben, angenommen wird, weil z. B. eine Retroflexio in dieser Haltung keine Schmerzen bereitet. Die tägliche Erfahrung lehrt doch, daß die Frauen ihre Kreuzschmerzen in jeder Haltung, oft auch im Liegen haben.

Der Kreuzschmerz kommt nach Theilhaber bei Frauen auch ohne Genitalleiden doppelt so häufig vor, als bei Männern. Diese Erfahrung, zusammen mit der Beobachtung, daß diese Beschwerden meist im Pubertätsalter einsetzen, wenn plötzlich größere Ansprüche an den noch wachsenden Körper gemacht werden, daß andererseits im reiferen Alter bei sitzender Lebensweise viel mehr darüber geklagt wird, als bei Gelegenheit zu körperlicher Ausarbeitung, zwingt uns mindestens für einen großen Teil der Fälle, die Ursache in mangelhafter Entwicklung der Rückenmuskulatur zu sehen. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß Frauen, die das Korsett gewöhnt sind, nach Ablegen desselben zunächst sehr stark unter Schmerzen im Kreuz und Rücken zu leiden haben. Wir sind demnach geneigt, für die Mehrzahl der Fälle in den Kreuzschmerzen ein Defatigationssymptom zu erblicken, wie es beim Manne auch der Fall ist. Wie Mathes sagt, nehmen sie (wie alle „Retroflexionssymptome“) natürlich an Stärke zu, „wenn die Aufmerksamkeit der Kranken immerwährend darauf

eingestellt bleibt, und sie sind am intensivsten und am wenigsten beeinflußbar bei sogenannter angeborener Retroflexion, die ja nur der Ausdruck eines höheren Grades der infantilen Hemmungsbildung“ und oft kombiniert mit allgemeiner Minderwertigkeit und nervöser Labilität ist.

Die Klage über **Leibschmerzen,** auch unabhängig von der Periode, finden wir vor der Operation 78mal, d. i. in 54,93%, nach der Operation 58mal = 40,84%. Beschwerdefrei waren also nur 20 Fälle von 78 = 25,64%. Oefters mögen diese Schmerzen von einer Endometritis abhängig gewesen sein. Wir finden sie zwar nicht häufiger unter den mit Endometritis komplizierten Retroflexionen, als unter den übrigen, wohl aber können wir nach Alexander-Adams und Abrasio mehr Besserungen konstatieren, als in den Fällen ohne Abrasio.

	Leibschm. vor d. Operation:	Leibschm. geheilt:
99 Fälle Alex.-Ad. ohne Abr.	55 = 55,55 %	11 = 20,00 %
43 „ „ mit „	23 = 53,48 %	9 = 39,13 %
142 Gesamtfälle	78 = 54,93 %	20 = 25,64 %.

Gegen die Abhängigkeit von einer Gebärmuttererkrankung spricht die äußerst verschiedene Lokalisation der Schmerzen. Daß bald mehr über die rechte, bald mehr über die linke Seite des Unterleibs geklagt wird, ließe sich ja anatomisch erklären. Die Ursache wäre aber nicht in der Lageveränderung, sondern in einer entzündlichen Verdickung der Ligamenta sacrouterina zu suchen, die wir bei der Nachuntersuchung 61mal, d. h. in 42,94% feststellen konnten. Bei näherem Zufragen werden die Schmerzen aber oft gar nicht im Unterleib, sondern im Epigastrium oder Hypochondrium lokalisiert. Bei diesen Klagen ist darum ebenso, wie bei den noch zu besprechenden Magenbeschwerden, eine Untersuchung aller Abdominalorgane notwendig. Vor allem wäre auf Gallenblasenaffektionen zu achten. Ferner kommen in Betracht Magengeschwüre, stenokardische Anfälle, und nicht zuletzt die Obstipatio spastica. In unserer Ambulanz sahen wir in zahlreichen Fällen Leibschmerzen nach Regelung des Stuhlgangs verschwinden.

Sehr häufig sind diese Beschwerden durch eine Splanchnoptose verursacht. Auch an Hernien ist zu denken. Ein großes Kontingent stellen aber die Hystericae. Nicht wenige der Patientinnen kommen gleich mit der fertigen, selbst gemachten Diagnose. Sie leiden an „Darmverschlingung, Leberverfaulung oder Milzverstockung“, be-

sonders beliebt sind unter diesen hypochondrischen oder hysterischen Beschwerden die „Nierenverstopfungen oder -Entzündungen“, die von den Kranken aus Seitenstechen ohne weiteres gefolgert werden. Sehr oft wird über Herzbeschwerden und Schwindel geklagt, über Wallungen zum Kopf mit kalten Händen und Füßen, über Kopfschmerzen aller Art, Aufgeregtheit und Abgeschlagensein.

Diese **Zeichen allgemeiner Nervosität** auf die Retroflexion zu beziehen, ist nicht zulässig, da wir sie ja auch oft genug ohne Genitalleiden finden und von unseren Patientinnen noch 97, d. h. 68,31 % nach der Operation nervöse Beschwerden hatten, gegenüber 100 = 70,42 % vor derselben.

Viele Gynäkologen, unter anderen Olshausen, wollen den ursächlichen Zusammenhang dieser Beschwerden, speziell der häufigen **Magensymptome** mit der Retroflexio ex juvantibus beweisen.

Sommer untersuchte 23 Frauen, die meist an Retroflexio uteri oder an Parametritis chronica erkrankt waren. Er fand 21 mal Superacidität, 2 mal Subacidität. Da eine Besserung des Frauenleidens nur 2 mal eine Abnahme der Magenbeschwerden zur Folge hatte, konnte er keinen direkten Zusammenhang zwischen den beobachteten Abweichungen der secretorischen Magenfunktion genitalleidender Frauen und der Uterusaffektion, speziell der Retroflexio, feststellen, umsoweniger, als die Aufrichtung des retroflektierten Uterus in einem Falle eher eine Verschleppung der gastrischen Erscheinungen nach sich zog.

Kehrer dagegen sagt: „die Retroflexio wird mit Recht für eine der häufigsten Ursachen der konsensuellen Magensymptome gehalten.“ Er glaubt, daß sowohl durch die Zerrung und Torsion der in den Ligamenta lata verlaufenden Nerven und Gefäße, als auch durch die Dehnung des normalen oder irgendwie entzündlich veränderten Peritoneums auf dem Wege des Reflexes Sensibilitäts-, Secretions- und Motilitätsneurosen des Magens herbeigeführt werden können.

Auch Vértes vertritt die Anschauung, daß eine Retroflexion an sich Magenbeschwerden verursachen kann. Als Beweis für die direkt aus dem Genitale stammende Cardialgie sieht er die normale Beschaffenheit des Magenchemismus an.

Kombinationen von Genitalleiden und organischen Magenerkrankungen werden von allen Autoren, die ein häufiges Zusammentreffen gastrointestinaler Symptome mit gynäkologischen Affektionen, speziell der Retroflexio uteri, behaupten, unberück-

sichtigt gelassen. Es wären aber gerechterweise auch die Splanchnoptosen auszuschalten, da die Magensenkung an sich so häufig mit Secretionsanomalien einhergeht.

Kisch stellte sogar ein eigenes Krankheitsbild, die Dyspepsia uterina auf. Am häufigsten soll sie durch die Retroflexio uteri verursacht werden.

Von unseren Patientinnen klagten vor der Operation 56 = 39,43 % über Magenbeschwerden, nach der Operation sogar 59 = 41,55 %. Wir können also keinen Einfluß der Lageverbesserung auf diese Symptome feststellen.

Bei dem von Panecki, Menge, von Wild, Kehrer u.a. beobachteten prompten Verschwinden aller Magenerscheinungen nach der Aufrichtung des Uterus dürfte es sich wohl um Suggestivwirkungen gehandelt haben. Auch Kehrer ist sich ja der großen Rolle, die die Vorstellungen gerade bei diesen Dingen spielen, wohl bewußt.

Er hebt auch hervor, daß die Erkrankungen der Genitalien und des Magendarmkanals sehr wohl Koeffekte einer und derselben Ursache sein können. „Diese ist in einer Erschlaffung der Bänder der in der Bauchhöhle gelegenen Organe, in allgemeinen Veränderungen des Nervensystems oder in einer veränderten Beschaffenheit des Blutes zu suchen.“ Nur in diesem Sinne können wir auch für unsere Fälle eine Beziehung zwischen der Retroflexio und den Magenbeschwerden anerkennen. Ein gemeinschaftliches ätiologisches Moment haben wir sowohl in der Enteroptose, als auch im Infantilismus. Wenn somit nicht die Retroflexio als solche die Ursache der Magensymptome ist, so können diese auch durch eine operative Beseitigung der Lageanomalie nicht behoben werden.

Wichtig ist aber, wie Theilhaber mit Recht hervorhebt, daß der Gynäkologe in allen einschlägigen Fällen eine genaue Untersuchung des Magen-Darmkanals vornimmt. So schwer auszuführen bezw. zu erlernen ist doch die Funktionsprüfung des Magens wahrhaftig nicht, daß Franks Forderung, der Arzt solle bei allen Frauen, die über Magenbeschwerden klagen, zur Erforschung der primären Affektion zunächst eine gynäkologische Untersuchung vornehmen, berechtigt sein könnte. Er führt zwei Gründe an, 1) daß sie von den Aerzten im allgemeinen besser und leichter ausgeführt werden kann, als eine kompliziertere chemische Analyse, 2) daß sich die Kranken eher zu der Genital-

untersuchung verstehen dürften, als zu einer im Publikum noch ziemlich verschrieenen Auspumpung des Magens. Seit Kußmaul die weichen Nélaton schen Sonden zur Ausheberung des Magens einführte, ist die Unbequemlichkeit für die Kranke relativ gering, und wird jedenfalls, wenn ihr der Zweck klar gemacht wird, lieber von ihr ertragen, als eine gynäkologische Untersuchung; es sei denn, sie habe den Frauenarzt aufgesucht, dann ist sie natürlich auf eine genitale Exploration von vornherein gefaßt, und es steht dem Gynäkologen ja frei, sie gegebenenfalls an den Magenspezialisten zu verweisen. Frank hat aber doch wohl die so häufigen Fälle im Auge, in denen genitalkranke Frauen zum praktischen Arzt gehen. Er vergißt da ganz, daß die Frauen vielfach bewußt vermeiden, den Gynäkologen zu konsultieren, in der Hoffnung, Rat und Hilfe zu finden, ohne genital untersucht zu werden. Jeder Internist kennt solche Fälle. Vor allem ist es aber durchaus nicht zu beweisen und mit unseren heutigen Kenntnissen unvereinbar, daß derartige gastrische Störungen einer genitalen Reflexneurose entspringen. Meistens handelt es sich vielmehr um Fälle nervöser Dyspepsie, die schon lange als Teilerscheinung funktioneller Neurosen bekannt ist.

Wie schon das Wort **Hysterie** sagt, sahen die alten griechischen Aerzte die verschiedenartigsten nervösen Affektionen der Frauen als Folge eines Gebärmutterleidens an. Noch ein Liebermeister machte, im Verein mit einer großen Zahl von Gynäkologen, für Entstehung der Hysterie Erkrankungen des Uterus, besonders Lageveränderungen, Entzündungen und Katarrhe verantwortlich. Nach Küstner spielt das Peritoneum die Hauptrolle bei Vermittlung der hysterischen Symptome.

Eine ganz eigenartige Erklärung für die Entstehung der nervösen Erscheinungen gibt Pozzi; er hält „die Beschwerden reflektorischer Art“ zwar für unabhängig von der Lageabweichung, dagegen für eine Folge der übermäßigen Beweglichkeit des Uterus; diesen Begriff möchte er daher an Stelle der Bezeichnung Retroversion und Retroflexion setzen. Da die nervösen Beschwerden auf Störung des abdominalen Gleichgewichtes zurückzuführen seien, bleiben sie auch bestehen, wenn der Uterus zwar nach vorn gebracht, aber nicht dort fixiert wird. Undenkbar ist aber doch, daß solch eine geringe Lokomotion Schmerzen machen soll, während die viel ausgiebigeren Darmbewegungen in der Norm insensibel verlaufen!

Ein besonders abschreckendes Bild malt uns Fritsch von der Hysterie, als einer durch pathologische Veränderungen der Sexualorgane verursachten Reflexneurose: „Die Fälle sind nicht selten, wo eine im ersten Wochenbett entstandene Retroflexio aus einer blühenden, kräftigen Frau eine Ruine gemacht hat, eine unbrauchbare, unliebenswürdige, stets kränkliche, unzufriedene, vollkommen invalide Hysterica.“ Die prompte Beseitigung nervöser Erscheinungen durch lokale Therapie soll die Richtigkeit dieser Auffassung dartun. Wie vorsichtig man mit solchen Deutungen aber sein muß, beweist zur Evidenz die berühmte Israelsche Scheinoperation! Das Bewußtsein, sich dem mit felsenfester Gewißheit für heilbringend gehaltenen Eingriff unterzogen zu haben, genügte, um auf psychischem Wege eine Krankheit zu heilen, die jahrelang körperlichen Einflüssen getrotzt hatte. Ebenso hat man nach erfolglosen Repositionsversuchen sofort Lähmungen, schwere Magensymptome u. dgl. mehr schwinden sehen.

Muß da nicht auch in vielen Fällen tatsächlicher Lagekorrektur angenommen werden, daß der günstige Heilerfolg keineswegs der Operation selbst, sondern in Wirklichkeit nur dem auf sie gesetzten Vertrauen entspringt! Wir haben mehrere Patientinnen gesehen, die die gleichen Beschwerden, die einige Zeit nach der Operation wieder auftraten, jetzt selbständig anders deuten, weil sie fest an den Erfolg der Operation glauben. Was früher auf das „Unterleibsleiden“ bezogen wurde, wird jetzt als Folge vieler Kinder, der anstrengenden Arbeit oder der schlechten Ernährung erklärt. Manch eine Frau sagte selber: „Ich bin wohl zufrieden mit der Operation, daß ich jetzt so viel Kreuzschmerzen habe, daß ich mich so müd und zitterig fühle, kommt sicher von den Nerven.“ Und gewiß sind diese Frauen viel besser daran, als die anderen, die nach der erfolglosen Operation von Klinik zu Klinik ziehen, mit der diesen Hysterischen eigenen Bereitwilligkeit auf jede vorgeschlagene Operation eingehend. Auf diese „Mania operatoria passiva“ machte besonders König aufmerksam. Besteht gleichzeitig eine Wanderniere, so wird sie oft für die trotz der Lagekorrektur ungebesserten Beschwerden verantwortlich gemacht, aber die Nephropexie ist ebenso wie die vielleicht wegen chronischer Appendicitis vorgenommene Appendektomie erfolglos, denn das geschwächte Nervensystem bleibt unverändert das gleiche. Vielmehr kommt zu den übrigen Symptomen noch die psychische

Depression über die Nutzlosigkeit aller Operationen und das Gefühl, unheilbar krank zu sein.

Speziell die gynäkologische Kleinbehandlung, die allzu häufigen Untersuchungen sind, wie besonders E. Meyer und Sellheim ausführen, eine unversiegliche Quelle stets neuer Reize und Schädigungen für das labile Nervensystem und ganz besonders geeignet, zur zähen Festsetzung der Lokalisation hysterischer Beschwerden in der Genitalsphäre zu führen. Deshalb bleibt die Hysterica überhaupt besser in Unkenntnis über eine eventuelle Falschlage des Uterus. Mit Recht hat A. Mayer 1908 in Köln von der zu suggestiven Zwecken ausgeführten Retroflexionsoperation abgeraten, da diese zu neuen krankhaften Vorstellungen führen kann. Abgesehen davon ist es überhaupt fraglich, ob der Arzt ein Recht hat, der Patientin zur Operation zuzureden, nur weil bei ihr — im Widerspruch mit seiner Erkenntnis — die Idee festsitzt, daß die Gebärmutterknickung die Wurzel ihrer Leiden sei. Freund beobachtete sogar dreimal schwere Psychosen bei hereditär belasteten und nervösen Personen nach der Alexander-Adams-Operation!

Zu alledem kommt, daß die Hysterie nach der heutigen Auffassung überhaupt nichts mit dem Genitale zu tun hat. Sie ist vielmehr eine Krankheit der Psyche, und zwar nach Möbius eine Störung des Vorstellungslebens, die darin besteht, „daß Vorstellungen ungewöhnlich leicht und ungewöhnliche körperliche Veränderungen bewirken“. Als ursächliches Moment kommt vor allem die neuropathische Belastung in Betracht. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsteile können nur die Rolle von Gelegenheitsursachen spielen. Die Hysterie ist endogener Natur; erschöpfende Erkrankungen, wie sie eventuell auch das erste Wochenbett darstellen kann, bringen nur die Disposition zur Entwicklung, bilden aber keine Causa sufficiens. Auch die alte Lehre von den reflektorischen Neurosen auf Grund gynäkologischer Leiden ist von Psychiatern und Neurologen völlig verlassen.

Einige Gynäkologen halten aber noch an der Abhängigkeit psychischer Störungen von Genitalerkrankungen fest. Die Anschauung, daß die Retroflexio uteri zu schweren Geistesstörungen disponiere, vertraten schon Ed. Martin und Hildebrandt, später Hobbs. Ihr Hauptverfechter ist Schultze, der nach Beseitigung einer Retroflexio mehrfach nervöse Krankheitssymptome und leichtere Formen psychischer Störungen schwinden sah.

Ganz neuerdings ist Bossi, von Schultze als rüstiger Mitstreiter begrüßt, für die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnosen und Therapie bei Geisteskranken eingetreten, indem er speziell den Selbstmord beim Weib in den meisten Fällen auf Knickungen des Uterus und auf die Retroversio mit nachfolgender infektiöser Endometritis bezieht. Siemerling hat die von Bossi geheilten Störungen als zumeist hysterischer Natur bezeichnet und betont, daß unbedingt bei Psychoneurosen nicht die lokale, sondern die psychische Behandlung voran zu stellen ist. Demgegenüber schlägt Schultze sogar vor, die Direktion eines größeren Weiberirrenhauses einem als Operateur bewährten Gynäkologen zu übertragen. Die Praxis lehrt aber eindringlich, wie viel nötiger es ist, daß der Gynäkologe auch Psychologe und Psychiater wird, als umgekehrt.

Strümpell vermutet, daß die Zahl der durch primär psychische Vorgänge entstandenen, scheinbar rein körperlichen Erkrankungen mindestens ebenso groß ist, wie die Zahl der wirklich rein körperlichen Krankheitszustände. Und Vedelers Vorwurf, „der Gynäkologe rühmt sich, Chirurg geworden zu sein, es ist aber hundertmal mehr Anlaß für ihn vorhanden, sich als Neuropathologen zu zeigen", besteht auch heute noch in vielen Fällen zu Recht.

Vor allem ist es deshalb wichtig, wie schon hervorgehoben wurde, der Patientin, die unbedingt der Diagnose „Gebärmutterknickung" großen Wert beimißt, nichts von einem solchen Befund zu sagen. Wie leicht der autoritative Ausspruch des Arztes im Laien eine verkehrte Vorstellungsrichtung erzeugen kann, zeigt deutlich ein Fall unserer Ambulanz:

Eine bis dahin ganz gesunde Frau wurde von einem Kräutersammler aufgefordert, ihm Tee abzukaufen als Heilmittel gegen ihr „Unterleibsleiden". Er versicherte ihr dreist, sie habe eine Knickung, er sehe ihr ja an, daß sie an Ausfluß leide. Und obwohl die Frau nie etwas davon spürte, war sie von Stund an überzeugt, weißen Fluß zu haben. Es stellten sich allerlei nervöse Beschwerden ein und voll Angst über ihre Knickung kam sie in unsere Poliklinik. Wenn schon ein Laie einen derartigen Eindruck hervorzurufen vermag, wie viel mehr muß sich dann der Arzt bewußt bleiben, daß er durch sein Wort bei suggestiblen Gemütern ebensowohl Schaden wie Nutzen stiften kann.

„Einerseits ist ein gynäkologischer Eingriff — nach den

Worten von Möbius — zweifellos höchst geeignet, eine starke Suggestionswirkung auszuüben, andererseits aber ist er mehr als alles andere ein zweischneidiges Schwert, da an ihn nicht nur nützliche, sondern ebensowohl schädliche Suggestionen sich anknüpfen können und es durchaus nicht immer in der Hand des Arztes liegt, jene zu fördern, diese zu hemmen. Als Regel kann man wohl den Satz aufstellen, „es soll nie eine gynäkologische Untersuchung oder Behandlung stattfinden, wenn nicht eine örtliche Indikation besteht". Nicht selten stellt bei örtlicher Indikation die Hysterie geradezu eine Kontraindikation dar."

In dieser Beziehung besteht ein großer Unterschied zwischen den Patientinnen eines Gynäkologen, die eine spezialistische Untersuchung wünschen, oder mindestens erwarten, und der Klientel des praktischen Arztes, geschweige den Insassen einer Nervenklinik. Denn gerade das systematische gynäkologische Untersuchen aller an nervösen Krankheitssymptomen leidenden Frauen, das Schultze fordert, kann, wie gesagt, zu ernsten Schädigungen der Patientinnen führen, wie das auch Wilmanns in seiner meisterhaften Darstellung der Cyklothymie zeigt: „Wird im guten Glauben, der Kranken einen Dienst zu erweisen, ihr eröffnet, daß sie an einer Gebärmutterknickung oder an dergleichen leidet, so konzentriert sich bei den Kranken in der Depression, die oft ganz im Gegensatz zu ihren freien Zeiten „hysterisch" veranlagt sind, ihr ganzes Denken und Fühlen auf das angebliche Unterleibsleiden und die krankhaften Empfindungen nehmen einen mehr und mehr hysterischen Charakter an." Meist verbirgt der Cyklothyme, wie Wilmanns zeigt, zudem vor dem Arzt seine psychischen Beschwerden. Gelingt es nun, irgend eine körperliche Abnormität nachzuweisen, so werden häufig nicht nur die körperlichen Beschwerden des Kranken genügend erklärt erscheinen, sondern vielleicht auch die auffällige depressive Verstimmung. Wie leicht kann man dann das ganze, durchaus nicht „scharf umrissene", sondern, wie wir gesehen haben, äußerst vage Symptombild der Retroflexio in solche hysterisch veranlagte Patientinnen hineinexaminieren, wenn nicht sorgfältig alle suggestiven Fragen vermieden werden! Reagieren sie doch an sich auf körperliche und psychische Traumen in krankhafter Weise, und sind leicht geneigt, alltägliche körperliche Vorgänge störend zu empfinden, sobald sie einmal durch die darauf gelenkte Aufmerksamkeit in den Kreis ihres Bewußtseins getreten sind.

Ein Zusammenhang der Retroflexio mit allgemeinen nervösen Störungen besteht höchstens insofern, als die meisten Mädchen es als einen Makel empfinden, an einer Erkrankung der Sexualorgane zu leiden, und diese durch lokale Genitalleiden hervorgerufene psychische Verstimmung darf allerdings bei der Entstehung allgemeiner Neurosen nicht unterschätzt werden. Wenn sich solche Mädchen anfangs schwer entschließen, einen Gynäkologen um Rat zu fragen, so überantworten sie sich ihm, ist einmal der erste Schritt getan, nur um so bedingungsloser. Immer ist er aber in den Augen der Frau, die Hilfe sucht, der Arzt für Frauen und nicht nur für Genitalerkrankungen. Er muß sich daher hüten, das tausendfache Weh und Ach aus einem Punkte kurieren zu wollen, kommen doch z. B. nach Willes Beobachtungen zum Spezialisten nur 60% unbedingt gynäkologisch Kranke, die übrigen 40% geben sich zwar als gynäkologische Kranke, sind es aber nicht. Darum ist eine sorgfältige Berücksichtigung des Allgemeinzustandes nötig, um eine erspießliche Behandlung einleiten zu können. Mit Recht sagt Walthard: „Es kommt für uns Gynäkologen und unsere Wissenschaft zunächst weniger darauf an, daß wir alle ins gesunde Genitale verlegten psychoneurotischen Erscheinungen heilen, als vielmehr darauf, daß wir sie als funktionelle Symptome erkennen und deshalb von jeder gynäkologischen örtlichen Behandlung ausschließen.“

Zur Gewinnung einer Richtschnur für die Wahl der Behandlungsmethode bei Retroflexio uteri hat Winternitz auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad eine Einteilung in vier Kategorien getroffen: Zur ersten Gruppe gehören ledige oder verheiratete Nullipare, die eine Retroflexio ohne Komplikation und Beschwerden nervöser oder hysterischer Natur aufweisen. Für sie wäre das Beste, wenn sie überhaupt nicht untersucht und damit auch nicht auf die Lageanomalie, die ohne Bedeutung ist, aufmerksam gemacht würden. Sie bedürfen interner Behandlung. In der zweiten Gruppe finden wir Frauen, die geboren haben, bei denen aber der Beckenboden erhalten blieb, und Komplikationen der Retroflexio fehlen. In diesen verhältnismäßig seltenen Fällen müssen die Beschwerden, die besonders in Kreuz- und Rückenschmerzen bestehen, auf die Retroflexio zurückgeführt werden, da sie verschwinden, wenn der Uterus durch Pessar oder Operation in Anteflexio gebracht worden ist. Die Frauen der dritten Gruppe, die mehrfach geboren haben, klagen vor allem über Druck und

Drang nach abwärts. Bei der Wahl der Behandlung kommt nur der infolge eines Dammrisses oder Erschlaffung des Beckenbodens erworbene Descensus vaginae in Frage. Bei der vierten Gruppe endlich handelt es sich um Komplikationen der Retroflexio. Bei Verwertung der Klagen und Wahl der Therapie tritt die Lageveränderung als solche in den Hintergrund.

Wir glauben noch weiter gehen zu sollen. Auf Grund der Ergebnisse unserer Untersuchungen müßten wir zu Winternitz' erster Gruppe auch Frauen rechnen, die geboren haben. In den Fällen von Retroflexion aber, da weder die so ungemein häufige Functio laesa, noch Prolaps oder Endometritis oder eine andere Komplikation vorliegen, handelt es sich wohl fast ausnahmslos um infantil-asthenische Individuen. Die Beschwerden sind hier nur Zeichen der allgemeinen Körperschwäche. Frauen, die einen kräftigen gesunden Körper und ein resistentes Nervensystem besitzen, können Genitalveränderungen zeitweise oder dauernd ohne irgend welche Beschwerden tragen. Frauen mit sensibelm Nervensystem reagieren aber auf lokale Reize weit stärker als gesunde. Es wird darum bei Beschwerden infolge von Hypoplasie oder allgemeiner Ptose die Hauptaufgabe des Arztes sein, die Aufmerksamkeit vom Genitale abzulenken. Die Operation ist in den meisten Fällen absolut zwecklos und überflüssig, ja sie kann beim Versagen sogar Unheil stiften.

Wie aus den anhangsweise angefügten kurzen Auszügen aus den in dieser Arbeit verwerteten, bei der Nachuntersuchung vervollständigten, 142 Krankengeschichten ersichtlich, können wir nach objektiver Analyse des Einzelfalls nur ein einziges Mal annehmen, daß der jetzige gute Gesundheitszustand auf die Lagekorrektur zurückzuführen ist. Vielfach wurden die Beschwerden durch die Prolapsoperation oder die Heilung der Endometritis beseitigt. In der Mehrzahl der Fälle lag den Klagen eine funktionelle Neurose bezw. körperliche Minderwertigkeit zugrunde. Wir haben kein einziges Symptom gefunden, das konstant bei Retroflexio vorkäme, und ihre pathologische Dignität beweisen könnte. Auch der Erfolg der Therapie spricht nicht für Abhängigkeit der Klagen von der Lageanomalie als solcher. Wir halten die Retroflexio uteri zwar für eine Abweichung von der Norm, die aber speziell bei Infantil-asthenischen, aber auch infolge erworbener Erschlaffungszustände recht häufig vorkommt und keiner Therapie bedarf, wenn man der Patientin nichts von der Lageanomalie sagt, zumal wenn man

die neuerdings wieder von Fritsch betonte, übrigens jedem erfahrenen Gynäkologen geläufige Tatsache bedenkt, daß der Uterus nicht dauernd die gleiche Lage einhält, sondern in gewissen Fällen manchmal in Ante- manchmal in Retroflexio gefunden wird. Darum wird in der Tübinger Frauenklinik die Endometritis und der Prolaps ohne Rücksicht auf eine gleichzeitige Rückwärtsneigung behandelt. In den Fällen von Retroflexion ohne andere Genitalerkrankung kommt die interne, bezw. Allgemeinbehandlung in Anwendung, denn nur so wird kausale und nicht etwa nur symptomatische Therapie getrieben.

* * *

Zum Schluß gestatte ich mir, dem Oberarzt der Frauenklinik, Herrn Privatdozent Dr. A. Mayer für die liebenswürdige Anregung und gütige Anleitung bei Abfassung dieser Arbeit verbindlichst zu danken. Herrn Prof. Dr. Sellheim bin ich für die freundliche Ueberlassung des Materials, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Döderlein für seine bereitwillige Zustimmung zur Nachuntersuchung seiner Patientinnen zu größtem Dank verpflichtet.

Anhang.

Auszug aus den Krankengeschichten.

Es würde natürlich zu weit führen, alle in vorliegender Arbeit besprochenen Punkte zu erwähnen. Es soll nur die Beurteilung des Einzelfalles ermöglicht werden; auf genauere Anamnesen und ausführlichere Aufzählung der Beschwerden muß verzichtet werden. Das dem Namen beigefügte Alter und die Geburtenzahl beziehen sich auf die Zeit der Nachuntersuchung; hat die Patientin erst nach der Operation geheiratet, so ist das besonders vermerkt.

I. Gruppe: Orthopädisches und funktionelles Resultat gut.

A. Alexander-Adams Operation.

1. M. R., Schreinersfrau. V P., 29 J.

Heredität: Vater Tbc. †

Menses: 17 J., 3—6—8 wöch., 8—10 Tage stark, seit dem 22. Jahre sehr stark; mit Leib- und Kreuzschmerzen, anfangs weniger, später stärker.

Geburten: 1902 und 1904 spontan.

Klagen: Seit dem 2. Partus (22 J.) Schmerzen im Kreuz und Leib, Druck nach unten, Ausfluß, Magendrücken etc.

Vom Arzt „längere Zeit wegen Rfl. ut. erfolglos behandelt".

14. II. 06 Befund: Gewicht 117 Pfund (Größe 172 cm) Struma. Anämie. Tbc. apicis sinistri. Ut. rfl., nicht vergrößert. Al.-Adams. (Nr. 133).

Post operationem: Beschwerdefrei. Menses regelm. 4 wöch. 4—5 T. mittelstark, nur zuweilen Leibschmerzen. Bei Wetterwechsel Schmerzen in den Narben. 1908, 1909 und Mai 1911 Spont.-Geb. Seit dem 3. Wochenbett (1908) Vorfall, macht keine Beschwerden.

Nachuntersucht 12. VII. 11. Schlechter Ernährungszustand (118 Pfund). Brüste dürftig, behaart. Ohrläppchen angewachsen. Gaumen flach. Cystocele. Ut. antefl., billardkugelgroß. Links sacro-uterinum griffeldick.

Sehr guter Erfolg!

2. K. R. seit 1907 verheiratete M., Straßenwärtersfrau II P., 33 J.

Menses: 18 J., 2—4wöch., 4—5 T., Stärke sehr verschieden.

Klagen: Seit 1904 (27 j.) Menses 3—4 wöch., 6—8 T. stark mit heftigen Leibschm., Ausfluß. Seit Dez. 05 Kreuz- und Leibschm., Druckgefühl im Unterleib, so daß sie fast nicht laufen konnte, Durchfall.

19. IV. 06. Al.-Adams. (Nr. 287).

12 W. post op. Besserung. Menses 2—3 wöch., 4—5 T., starker Ausfluß. Durchfall. 1909 und 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 10. V. 11: Ut. antefl., kaum hühnereigroß; Erosio. Ovarien hochstehend. Bandverdickung rechts.

Kein direkter Zusammenhang zwischen Besserung und Operation!

3. M. R., seit 1906 verheir. W., Schuhmachersfrau, IV P. 33 J.

Heredität: Nervenkrankheiten.

Menses: 16 J., bis zu 19 J. oft 1/4 und 1/2 Jahr aussetzend, dann 4 wöch., mittelst. ohne Schmerzen.

Klagen: Hat sich 1901 (23 j.) „verlupft", seitdem starke Kreuzschm. und Leibkrämpfe bei Periode; Druck nach unten, Ausfluß, Obstipation, Kopfweh etc. etc.

2. X. 05 Al.-Adams. (Nr. 607).

Post op.: Sehr zufrieden. Menses 6—8—12 wöch., sehr stark, wenig Schmerzen. 4 Spont.-Geb. (1907—Mai 11), in jeder Gravid. Blutungen. Seit 2. Geb. dieselben Beschwerden wie früher. Ausfluß, Appetitlosigkeit und nerv. Beschw. eher verschlimmert, beständig Kreuzschmerzen. Bis zur 3. Gravid. Ring getragen. Pat. denkt jetzt nicht mehr daran, einen Arzt zu konsultieren, da sie alles auf Mangel an Schlaf wegen der 4 kl. Kinder schiebt.

Nachuntersucht 21. VII. 11. Cystocele. Ut. antefl., gut bewegl., hühnereigr., Erosio.

Jetzt andere Deutung der Sypmtome!

4. R. R., Flaschnersfrau. V P. 32 J.

Menses: 14 J. 4 wöch., mittelstark mit Leibschm. Vom 15.—19. Jahr bleichsüchtig, Periode 6—8—12 wöch.

Geburten: Spont. 1900 und Dez. 1902.

Klagen: Kreuzschm., Druck nach unten, Ausfluß, Blasenbeschwerden, Kopfweh etc. 1903 Ring, wenig Erfolg.

11. II. 04. Al.-Adams. (Nr. 107.)

Post op. Menses 4 wöch., schwach. Beschwerdefrei bis 1910. 3 Spont.-Geb. 1906—10, bei der 2. und 3. starke Blutungen, nach der 3. Curettage und später Op. wegen Pyosalpinx (?). Seitdem genau die gleichen Beschw. wie ante op.

Nachuntersucht 2. V. 11: Laparotomienarbe mit sezernierenden Fisteln. Ut. antefl. bewegl., hühnereigroß. Rechts empfindl. Schwellung (Stumpfexsudat?)

5. M. L., seit 1909 verheir. W., Metzgersfrau. o P. 25 J.

Menses: 11 1/2 J. 4 wöch. 3—4 T. mittelstark, mit Leibkrämpfen und Ziehen in den Beinen.

Klagen: Heftige Kreuz- und Leibschm. bei Periode und schwerer Arbeit. Kopfweh und Erbrechen etc. etc. Obstipation.

15. V. 06. Al.-Adams. (Nr. 363.)

Post op. Vollständiges Nachlassen aller Beschw. Menses 4wöch. 3—4 T. mittelstark; mit Schm. in der linken Al.-Adamsnarbe. Seit Februar 1911 sehr starke Rückenschmerzen, viel Kopfschmerzen, Schwindel, Magenschmerzen und Erbrechen etc. Obstipation, Ausfluß.

Nachuntersucht 24. IV. 11: Große Labien schlecht entwickelt, Damm niedrig, Hymen eingekerbt. Portio unter der Spinallinie, antefl., bewegl., hühnereigroß. Bandverdickung, rechts alte Adnexschwellung.

Behandlung auf der konservativen Station. Bei Entlassung am 6. V. 11 Schm. bedeutend gebessert.

B. Al.-Adams und Abrasio.

6. K. S., Zimmermeistersfrau. IV. P. 31 J.

Heredität: Tbc.

Menses: 17 J., vom 18. J. an regelmäßig 4wöch. 3—4 T. mittelstark.

Heirat: Okt. 1906 (26 j.) 2 Aborte (Dez. 06 und Mai 07), starke Blutung, kein Fieber.

Klagen: Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Kopfweh etc. wegen habituellen Aborts zur Op. bestellt.

29. V. 1907 (Nr. 445). Corpus uteri schwach faustgroß. Rfl. ut. mob. Endom.: Abrasio, Al.-Adams. Bei Entlassung am 15. VI. Gewichtszunahme 8 Pfund.

Post op. Periode 4wöch., 3—4 T. mittelstark. Ausfluß, Druck nach unten nur bei Anstrengung. Nervöse Beschw. gebessert. Bei strenger Arbeit Schm. in den Narben. 1909 und 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 28. VI. 1911: Ut. antefl. bewegl. hühnereigroß. Portio hinter Spinallinie, Fluor.

Guter Erfolg durch Heilung der Endometritis und Hebung des Ernährungszustandes. Ein Teil der „Retroflexionssymptome“ besteht bei Antefl. fort!

7. F. R., Maurerswitwe. X P. 45 J.

Menses: 16 J. 2wöch. 8 T. stark; seit der Heirat 1888 3wöch. mit Stechen rechts.

Geburten: 3 Spont.-Geb. 1888—91, ausgetragene Kinder. 1892—1900 3 Frühgeb. M. VI—VII und 4 Aborte 9.—16. Woche.

Klagen: Heftige Kreuzschm. und Schm. auf der rechten Seite. Blutiger Ausfluß. Blasenbeschw., nervöse Beschw. Vom Arzt zur Op. geschickt wegen tiefgehenden Emmetschen Risses, hartnäckigem Cervikalkatarrh und Rfl. ut.

13. II. 1904. (Nr. 110) Al.-Adams. Abrasio.

Post op. Nur noch Magenbeschw., sonst geheilt. Seit 1908 Menses nur 1/4 jährl. o. B.

Nachuntersucht 2. V. 11: Rektocele. Ut. tiefstehend, bewegl. antefl. derb. Narbe im r. Scheidengewölbe.

Heilung der chron. Endometritis!

8. A. Z., Trikotnäherin. I. P., 29 J.

Menses: 18 J., 4wöch. 5—6 T. mittelstark.

Klagen: Ueberlupfte sich mit 24 J., seitdem 8 T. vor Periode und während Per. starke Leibschm. und Druck nach unten. Ausfluß.

6. IX. 1907 (Nr. 741) Discission und Abrasio. Al.-Adams.

Post. op. Per. 4wöch. 7—8 T. mittelstark, ohne Beschwerden. Ausfluß besteht angeblich noch. 1909 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 5. V. 11. Anäm., schlecht genährt. In der linken Narbe beim Husten Vorwölbung. Portio über Spin. L. Ut. antefl. bewegl., hühnereigroß. Kein Fluor.

Dysmenorrhoe war wohl mechanisch oder durch Endom. bedingt!

9. K. R., Wirtsfrau. I P., 34 J.

Menses: 13 J. 4wöch. 3—8 T. stark. Geburt: 1898 spontan.

Klagen: Seit Geb. Per. 3wöch., stark mit Krämpfen und Kreuzschm. auch sonst Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß, Harndrang, Obstip., nerv. Beschw.

30. VII. 1903 (Nr. 434) Abrasio. Al.-Adams.

Post. op. Menses 4wöch., 3—4 T., stark, ohne Schmerzen. Ausfluß. Letzte Periode 5. III. 11. Seitdem Obstip., Brechen und Ekel. Kopfschm. und Kongestionen blieben bestehen, seit 5. III. nicht mehr aufgetreten.

Nachuntersucht 3. V. 11. Adipositas. Montgomerysche Drüsen, Colostrum. Ut. antefl., billardkugelgroß. Faltenbildung.

Heilung der Endom. p. partum. Pat. hat 7 J. nicht konzipiert, trotz Antefl.!

10. M. G., Fabrikarbeitersfrau, III P., 31 J.

Menses: 17 J., 5—6wöch., schwach, Rückenschm.

Klagen: Heirat 1904, 0 Geb., 10 W. Amenorrhoe, dann Aug.-Sept. 1905 6wöch. Blutung, Rückenschm., Müdigkeit, morgens Brechen.

14. XII. 1905 (Nr. 775): Mitralinsuff. Portio zapfenfg. Muttermund Grübchen. Uterus retrovertiertflektiert, beweglich, nicht vergrößert.

Behandlung: Abrasio. Discission des Cervikalkanals wegen Sterilität. Al.-Adams.

Post. op.: Sofort und dauernd beschwerdefrei. 2 Geburten, die 1. 1906, 1909 Abort. Danach $1^1/_2$jähr. Amenorrhoe, Ausfluß; dann 2mal normale Periode.

Nachuntersucht 27. IV. 1911. Ut. antefl., bewegl., Portio über Spinallinie.

1905 handelte es sich wohl um Endometritis post. abortum, die

durch die Abrasio geheilt wurde. Abort und Amenorrhoe auch bei Antefl.! Auch wenn kein Abort vorlag, kann so kurz nach der Heirat nicht von Sterilität gesprochen werden!

11. L. M., Buchhaltersfrau, III P., 34 J.

Hered.: Nervenkr. in der Verwandtschaft. Vater an Gehirnerweichung †.

Krankheiten: Gelenkrheumat., herzleidend.

Menses: 14 J., anfangs bei jeder raschen Bewegung Blutung; vom 16. J. an 4wöch., 8 T., stark, mit Krämpfen.

Beruf: Musiklehrerin. Heirat 1899.

Geburten: 1900 und 1901 spont.

Klagen: Verstärkte Periode, Ausfluß, Druck, Obstipat., Blasenbeschwerden, Kreuz- und Leibschm., Magenweh, Herzklopfen etc. etc.

15. V. 1903 (Nr. 245) Anämie und Unterernährung, Ut. retrofl., gänseeigroß, beweglich, fällt sofort wieder in Rfl. zurück, Muttermund verdickt, aus der Cervix glasiger Schleim. — Al.-Adams. Abrasio.

Post op.: Besserung bis 1907, nur nervöse Beschw. unverändert. 1907 und 1909 Spont.-Geb. Während der Schwangerschaft krampfartige Leibschmerzen. Periode seitdem 4wöch., 5 T., mittelstark und schmerzhaft. Auch sonst Leibschm., Stechen in den Narben, Schm. beim Wasserlassen, Obstip., Ausfluß, Magenbeschwerden.

Nachuntersucht 8. V. 11: Anäm. Pat. in sehr schlechtem Ernährungszustand. Hochgradige Neurasthenie. Warzenhof behaart etc. Narben verschieblich. Damm 1 cm hoch, abgeflacht. Walnußgroßer Descensus beider Vaginalwände. Portio unter Spinallinie, Ut. antefl., beweglich, über hühnereigroß. Markstückgroße Erosion. Ligg. schmerzhaft.

Zunächst Besserung durch Heilung der Endometritis und Metritis!

12. M. J., Modistin, seit 1909 verh. B., I P., 29 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Bleichsucht. 3mal wegen Kiefer- und Stirnhöhleneiterung operiert. Tbc.

Menses: 15½ J., 4wöch., 8—10 T., sehr stark, Schmerzen im Rücken und Lendengegend.

Klagen: 1905 wegen Dysmenorrhoe in der Frauenklinik. Befund: Stark abgemagert, anämisch, Affektion beider Lungenspitzen. Ut. klein, retrovertiert, beweglich. — Abrasio. Nach 6 Tagen 4 Pfd. Zunahme. — 1906 wieder starke Dysmenorrhoe, außerdem Kreuzschmerzen, Druck nach unten, Ausfluß.

4. I. 1907 (Nr. 8): Ut. vergrößert, retroflekt. Al.-Adams und Abrasio.

Post op.: Zunächst Besserung, allmählich wurde die Periode wieder stärker, ohne Schmerzen. 1909 Spont.-Geb. im VII. M., Kind lebt. Seitdem fühlt sich Pat. viel wohler, aber sehr nervös.

Nachuntersucht 1. V. 1911: Anämisch, schlecht ernährt. Portio unter Spinallinie. Ut. antefl., bewegl., über hühnereigroß, Erosio und Ausfluß, Bandverdickung.

Metroendometritis-Recidiv bei Anteflexio!

13. A. E., Bauersfrau, VI P., 29 J.

Menses: 19 J., 4wöch., 5 T., mittelstark. Bis zur Menarche kränklich.

Geburten: 1904 (22 J.) bis Jan. 1906 3 Spont.-Geb. Wochenbetten fieberhaft.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett bei der Per. Schm. rechts im Leib, seit dem letzten auch im Kreuz, Druck nach unten, Ausfluß, Obstipat. Periode 2—6wöch., 8 T., sehr stark. Große Müdigkeit, Schwindel etc.

10. VII. 1906 (Nr. 527): Schlechter Ernährungszustand, Herzaktion unregelmäßig, systol. Geräusch an der Spitze. Ut. leicht vergrößert, derb, retrofl., bewegl. — Abrasio und Al.-Adams.

Post op.: Nach 1/2 Jahr Besserung. 1907, 1908 und März 1911 Spont.-Geb. ohne Fieber. Seit dem letzten Partus Leibschm. rechts. Obstipation.

Nachuntersucht 13. V. 11: Guter Ernährungszustand. Hohlwarzen, schlaffe Bauchdecken. Ut. antefl., bewegl., über hühnereigroß, unterer Körperabschnitt noch etwas weich. Linkes Lig. etwas straffer als das rechte. O Desc.

Besserung unabhängig von Op., vielleicht durch Eintritt der Gravid.?

14. P. Sch., Fabrikarbeitersfrau, IV P., 34 J.

Heredidät: Tbc.

Menses: 19 J., 3—4wöch., 8 T., stark, ohne Schm., nur ein paar Tage vorher Magenweh.

Heirat 1903 (26 j.), 1904 und 1905 Spont.-Geb. 14.—30. J. Fabrikarb.

Klagen: Seit dem 2. Wochenbett fast immer krank: Schmerzen im Kreuz, Stechen in der r. Seite, Magen- und Kopfweh, Schwindel etc. Menses 3wöch., so stark und schmerzhaft, daß sie öfters mit der Arbeit aussetzen mußte. Ring hielt nicht.

30. III. 1907 (Nr. 279): Systol. Geräusch an allen Ostien. Im hinteren Scheidengewölbe das retroflektierte Corpus uteri fühlbar. — Abrasio, Al.-Adams.

Post op.: Besserung aller Beschwerden. Nur noch Hausarbeit! 1909 und Anf. 1910 Spont.-Geb. Menses 4wöch., 5 T., mittelstark, vorher Magenweh, Schm. in der l. Al.-Adams-Narbe und beim Wasserlassen. Seit März 1911 die nervösen Beschwerden wieder wie ante op., große Müdigkeit und immer Kreuzweh.

Nachuntersucht 17. V. 11: Cystocele, Ut. antefl., klein hühnereigroß, bewegl.

Heilung der Endometritis (Menorrhagien und Dysm.) durch die Abrasio. Die übrigen Beschwerden bei Antefl. wie bei Retrofl.

15. E. B., geschiedene M., Farrenwärtersfrau, V P., 32 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 6—8 T., stark. Hie und da Magenschm.

Geburten: 4 Spont.-Geb. 1898—1901. Abort 1902. Geschieden 1903.

Klagen: Seit 1906 meist bettlägerig wegen Schm. rechts im Unterleib. Per. 4wöch., stark und schmerzhaft. 6 W. vor Aufnahme in die Klinik große Blutverluste mit kurzen Intervallen. Leib- und Kreuzschm., Druck nach unten, Ausfluß, Obstipat.

5. VII. 1907 (Nr. 584): Unterernährung. Rfl. ut. fix., Endom. — Abrasio. Ut. schwer beweglich. Al.-Adams: Hervorziehen beider Ligg. 12 cm lang. Ut. liegt anteponiert, aber retrofl. Es wird in die Bauchhöhle eingegangen, es finden sich breite, nicht lösbare Adhäsionen mit dem Douglas. Bei Entlassung Ut. antefl. Linke Wunde per sec. geheilt.

Post op.: Beschwerdefrei. War bis zur Op. Fabrikarbeiterin. Seit $1^1|_2$ J. viel Kopfweh, Schwindel etc., wieder Druck, Ausfluß, Obstip. Per. 4wöch., 3—4 T., mittelstark. Zuweilen Schm. in den Narben. Kurze Zeit Ring getragen, ohne Besserung. Zum 2. Mal verh. seit 1908, sterile Ehe.

Nachuntersucht 16. V. 11: Anäm., unterernährt, Gaumen hoch und eng, Strabisums. Warzenhof behaart. Narben strahlenfg., geringe Cystocele. Ut. gut antefl., bewegl., derb, gut hühnereigroß. Bandverdickung links. Paraurethrale Eiterung.

Trotz bestehender Adhäsionen p. op. beschwerdefrei. Heilung der Endometritis! Bei Antefl. jetzt die gleichen Beschw. wie bei Rfl.!

C. Al.-Adams und Plastik.

16. K. A., Taglöhnersfrau, VII P., 42 J.

Menses: 19 J., 3wöch., 6—7 T., sehr stark.

Geburten: 6 (1896—1905).

Klagen: Vorfall, in der 2. Schwangerschaft beim Garbenheben entstanden, sehr störend bei Arbeiten und Gehen. Kreuzschm., Druck nach unten, Ausfluß.

7. XI. 1906 (Nr. 744): Schwächl. Pat. Inversio vaginae, Erosio portionis, Ut. desc., klein, retrofl., bewegl. — Plastik und Al.-Adams.

Post op.: Menses 3wöch., 6—7 T., stark, ohne Schm. Wenig Ausfluß, Obstipat. 1908 Spont.-Geb. ohne Riß, seitdem wieder Vorfall, der aber nicht stört. Seit Pat. Ring trägt, kann sie auch heben und tragen.

Nachuntersucht 22. VII. 11: Pflaumengr. Cystocele, Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

17. J. M., Bäckersfrau, VIII P., 54 J.

Flaschenkind. War immer schwächlich und bleichsüchtig.

Menses: 15 J., 4wöch., 3—4 T., stark, am 1. Tag Schm.

Geburten: Heirat 1879. 6 normale Geb. und 2 Frühgeb. bis 1894.

Klagen: Im 4. Wochenbett (1886) trat Vorfall auf, der beim Sitzen, Gehen und Wasserlassen starke Beschw. verursachte und durch Ring nicht zurückzuhalten war. Per. regelm., stark, mit Kopfweh und Erbrechen, Obstipat., Leib- und Kreuzschm., Druck nach unten.

11. III. 1905 (Nr. 189): Elongatio colli, Inversio vag. ant. et post. Retrofl. ut. — Amputatio portionis. Colporrhaphia ant. et post. Al.-Adams.

27. III. 05: Scheidendammfistel. Damm hoch. Ut. retrovertiert, etwas nach hinten liegend.

Post op.: „Wohl zufrieden." Per. blieb allmählich aus, letzte 1909. Viel Kopfweh, Uebelkeit, Erbrechen, sehr nervös.

Nachuntersucht 28. VI. 11: Sehr magere, anämische Frau. Scheidenschlußapparat gut. Ut. stumpfwinklig antefl., bewegl., hühnereigroß, Ligg. verdickt.

18. A. R., Bauersfrau, XI P., 45 J.

Menses: 15 J., vom 18. an regelmäßig 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: 9 normale Geb. (1894—1904), nach der 3. Geburt 1 Abort.

Klagen: Längere Zeit Vorfall bemerkt, der nicht störte. Bei Per. so müd und elend, daß sie liegen mußte. Viel Herzklopfen, Obstip., seit Herbst 1904 Kreuz- und Leibschm., Seitenstechen so stark, daß sie nicht arbeiten konnte. Vom Arzt Ring eingelegt, mußte nach $^1/_2$ J. wegen Beschw. entfernt werden.

23. V. 1905 (Nr. 371): Inversio vag. Rfl. ut. — Al.-Adams. Plastik.

Post op.: Arbeitsfähig. Bald zeigte sich Bruch links. Per. 4wöch., mäßig stark, ohne Beschw., Obstip. 1907 Zangenentbindung, Naht.

Nachuntersucht 20. VI. 11: Schenkelbruch links, geringe Cystocele. Ut. antefl., bewegl., derb, hühnereigroß.

19. A. H., Maurersfrau, VII P., 36 J.

Menses: 20 J., nach 11—16 W., 2 T., schwach mit Leibschm. und Kopfweh.

Geburten: 1902 Zange, dann 2 normale Geb. und 2 Fehlgeb., letzte Dezember 1906.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Vorfall, der beim Gehen und Arbeiten störte. Per. seit dem 1. Wochenbett regelm. 4wöch., 3 T., mittelstark, ohne Beschwerden. Viel Kopfweh, Schwindel, Druck nach unten. Seit 1902 Ring, der sehr störte.

15. II. 1907 (Nr. 157): Invers. vag. Ut. gänseeigroß, retrofl., weich. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Bis zum 1. Partus beschwerdefrei. 1909 Totgeburt, Fieber, seitdem wieder Vorfall. Bei Stuhlgang Schm. in den Narben. Viel Kopfweh, Schwindel, Hitze. Nov. 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 29. V. 11: Walnußgr. Cystocele. Portio unter Spinallinie. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

20. M. R., Meßnersfrau, VII P., 48 J.

Heirat 1887; 7 Spont.-Geb., letzte 1902.

Klagen: Vorfallbeschw. seit 1890. Schmerzen im Kreuz und Unterleib seit 1906. Menses 4wöch., 4 Tage, stark.

12. I. 1907 (Nr. 27): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei, seit 1/4 J. wieder geringe Schmerzen.

Nachuntersucht 12. IV. 11: Ut. antefl., derb, hühnereigroß. Mandelgr. Desc. der vorderen Vaginalwand. Beide Ligg. verkürzt.

21. R. F., Taglöhnersfrau, IX P., 39 J.

7 Spont.-Geb., letzte 1905.

Klagen: Seit 1903 Vorfallbeschwerden. Ring hielt nicht. Kreuzschm.

18. X. 06 (Nr. 689): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei. 2 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 12. IV. 11: Ut. antefl., gänseeigroß. Vorn apfelgroßer, hinten mandelgr. Desc. Beide Ligg. schlank und nachgiebig.

22. J. B., Haushälterin, I P., 35 J.

Menses: 18 J., 1 J. Pause, dann 4wöch., 4—5 T., stark mit Leibkrämpfen.

Geburten: 1901 normale Entbindung.

Klagen: Seit dem Partus Vorfall, Druck nach unten, Kreuzschm., Ausfluß, Obstipation, Hitze im Kopf etc., 1902—1907 Ring, ohne Besserung. Seit Mai 07 Per. 3wöch., 4—5 T., stark.

27. VII. 07 (Nr. 665): Kyphoskoliose. Desc. vag. Ut. klein, derb, nach rechts und hinten gelagert. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Zuweilen noch Druck nach unten, Obstip. Beim Husten Schm. in der l. Narbe. Per. 4wöch., 3—4 T., stark.

Nachuntersucht 15. V. 11: In der l. Al.-Adams-Narbe kl. Fascienlücke. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., eleviert, kaum hühnereigroß.

23. M. D., Dienstmädchen, II P., 28 J.

Hered.: Vater Tbc. †, Mutter und Bruder Herzleiden.

Krankheiten: Als Schulkind lungenkrank, 1904 magenleidend.

Menses: 14 J., 2—3wöch., 8 T. Sept. 1904 Spont.-Geb.

Klagen: Unfähigkeit zu schwerer Arbeit, Kreuzschm., Beschwerden beim Wasserlassen, Harndrang, „Vorfall".

8. IV. 1907 (Nr. 305): Letzte Periode Ende Dez. 06. Infiltration der r. Lungenspitze. In der Vulva erscheint die prolabierte Scheidenwand samt der Portio. Portio verdickt, großes Decubitalgeschwür. Collum verlängert. Corpus kindskopfgroß, retrovertiert, sehr weich.

Behandlung: Scheidenspülungen. 15. IV. gebessert entlassen.

19. IV. 07: Frühgeburt.

12. VII. 07: Die alten Beschwerden. Invers. vag. Rfl. uteri. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Vollkommen arbeitsfähig. Per. unregelmäßig.

Nachuntersucht 24. IV. 11: Hühnereigr. Desc. Ut. antefl., beweglich, hühnereigr., derb.

24. K. W., Bauersfrau, IX P., 42 J.

Hered.: Nervenkrankheiten und Tbc.

Menses: 16 J., 4wöch., 5—6 T., stark mit Kreuzschm.

Geburten: 7 Spont.-Geb. 1893—1904. Abort 1905.

Klagen: Seit dem letzten Partus Periode postponierend, stärker als vorher. Vorfall, beim Heben und schwerer Arbeit störend. Druck nach unten, Kreuzschm., Uebelkeit, Erbrechen, aufgeregt etc.

10. XII. 06 (Nr. 836): Herzhypertrophie und systol. Geräusch. Invers. vag. Rfl. ut. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei. Am 25. II. 11 Spont.-Geb., Damm intakt geblieben. Seitdem Kopfweh und Kreuzschm. Ohne Leibbinde stets Schm. in den Al.-Adams-Narben.

Nachuntersucht 5. V. 11: Enorme Rectusdiastase, Hängebauch, Enteroptose. Narben o. B. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., gänseeigroß.

25. K. M., Maurersfrau, III P., 39 J.

Menses: 20 J., 4wöch., 5—6 T., schwach, Leibkrämpfe.

Geburten: 3 Spont.-Geb. 1900—Sept. 1903.

Klagen: Seit dem 2. Partus Vorfall, Kreuzschm. und Schm. beim Laufen, Kopfweh.

17. VI. 05 (Nr. 433): Kolpoperineorrhaphia ant. et post. Al.-Adams.

Post op.: Keine Beschwerden beim Laufen. Häufig Kreuzschm., Kopfweh vor Eintritt der Periode.

Nachuntersucht 2. V. 11: Kein Desc. Ut. antefl., sinistroponiert.

26. A. A., ledige, I P., 57 J.

Menses: 17 J., 4wöch., 3 T., vom 22. J. an mit Kreuzschm.

Geburten: 1878 (24j.) Spont.-Geb., Dammriß.

Klagen: Vorfall, erst viele Jahre p. partum bemerkt. Druck nach unten, Obstipation, Kopfschmerzen.

25. XI. 04 (Nr. 647): Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie. Al.-Adams.

Post op.: Cessatio mensium. Außer Kopfschmerzen keine Beschwerden mehr.

Nachuntersucht 1. V. 11: Senile Genitalien. Ut. antefl.

27. S. B., Taglöhnersfrau, VII P., 54 J.

Hered.: Nerven- und Geisteskrankheiten.

Krankheiten: Pocken, Lungenentzündung.

Menses: 17 J., 4wöch., 3—4 T., stark, bis zum 20. J. mit Leibschm.

Geburten: 1888 Zange, Fieber im Wochenbett, danach 5 normale Entbindungen und eine Fehlgeburt.

Klagen: Seit 1888 durch Vorfall in der Arbeit behindert. Ring ver-

ursachte Schmerzen. Seit 1893 Kreuzschm., Druck nach unten, Ausfluß, Blasenbeschwerden. Periode o. B.

29. XI. 05 (Nr. 731): Hernia inguin. sin. Desc. vag. ant. et post. Rfl. ut. mob. — Plastik und Al.-Adams.

Post op.: Nur noch 1 mal Periode. Häufig Magendrücken und Diarrhoe, sonst keine Beschwerden.

Nachuntersucht 1. V. 11: Sehr dürftiger Ernährungszustand. Kein Desc. Senile Genitalien. Ut. antefl.

28. M. Q., Uhrmachersfrau, XIII P., 54 J.

Menses: 14 J., 4wöch., vom 16. J. an 3wöch., 8 T., stark.

Geburten: 1884 Abort. Dann 10 normale Entbindungen und 1 mal Zwillinge, 1899 Kindbettfieber, 1902 Zange, Naht. 1/2 Jahr danach spürte sie, „daß etwas vom Platze sei".

Klagen: Leibschm., Druck n. unten, Obstipation, Kopfweh, aufgeregt etc.

5. I. 05 (Nr. 3): Invers. vag. ant. et post. Rfl. ut. — Colporrhaphia ant. et post. Al.-Adams. Links macht ein kleiner Bruch und eine übermäßige Entwickl. des Plexus pampinif. das Auffinden des Lig. rot. unmöglich.

Post op.: Sofort beschwerdefrei. Per. 3wöch., 4—8 T., stark, letzte vor 2 J. Seit 2 J. „hat sie es überall in den Nerven", Kreuzschm. etc. Bei Diät keine Obstipation.

Nachuntersucht 28. VI. 11: Sehr kräftige Frau. Scheidenschlußapparat gut. Colpitis senilis. Ut. retroponiert, anteflektiert.

29. Ch. B., Fabrikarbeitersfrau, VI P., 33 J.

Geburten: 4 spont. 1900—1905.

Klagen: Seit Juni 1905 Per. nach 5, 6 und 7 W. Kreuzschm. und Leibschm.

29. XI. 05 (Nr. 739): Invers. vag. Desc. ut. Rfl. ut. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Wohlbefinden. 2 Geburten.

23. I. 07 in der Ambulanz wegen Hernia inguin. duplex Bruchband verordnet.

Nachuntersucht 25. IV. 11: Seit 14 T. Brennen beim Wasserlassen. Links Leistenbruch, rechts Bruchanlage. Geringe Cystocele. Ut. antefl., beweglich.

30. W. A., Metalldrückersfrau, IV P., 37 J.

Hered.: Tbc.

Geburten: 4 spont., letzte 1904.

Klagen: Seit Juli 1906 Per. 5wöch. bis 10 T., sehr stark. Schm. auf der r. Bauchseite, Harndrang.

30. X. 06 (Nr. 717): Invers. der vord. und hint. Vaginalwand. Ut. klein, rfl., aufrichtbar. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: „Wie neugeboren." Seit 1909 wieder Gefühl des Vorfalls, keine Schmerzen.

Nachuntersucht 25. IV. 11: Andeutung von Cystocele. Ut. hühnereigroß, antefl., beweglich.

31. K. Sch., Taglöhnersfrau, X P., 42 J.

Menses: 13 J., 4wöch., 2—4 T., schwach.

Geburten: 1894 Zange, dann 7 Spont.-Geb., 1902 Abort.

Klagen: Seit 1894 Vorfall, Schm. auf beiden Seiten des Leibes, Druck nach unten, Beschwerden beim Gehen, Kopfweh etc., Obstip.

13. V. 04 (Nr. 275): Affectio pulmonum. Invers. vag. ant. et post. Ut. desc., retrofl., bewegl., kaum vergrößert. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei bis Herbst 1910. 1907 Spont.-Geb. Seit $^3/_4$ J. wieder viel Kopfweh, Kreuz- und Leibschm., Obstip. etc. Per. 4wöch., 2 T., mittelstark.

Nachuntersucht 29. IV. 11: Walnußgr. Cystocele. Ut. tiefstehend, derb, bewegl., antefl., hühnereigroß.

32. C. K., Malersfrau, V P., 35 J.

Menses: 19 J., 4 wöch., 8 T., stark, immer mit Leib-, Kreuz- und Rückenschm.

Geburten: 1897—1905 3 Spont.-Geb. und 1 Abort.

Klagen: Seit 1905 Vorfall und Ausfluß. Ring verursachte Schmerzen. Kreuz- und Leibschm.; Druck, Stuhl- und Blasenbeschwerden. Per. regelm., mittelstark, schmerzhaft.

30. IV. 07 (Nr. 349): Kolporrhaphia ant. et Perineoplastik. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei bis 1910. Zange, Fieber, Vorfall. Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Ausfluß, Obstip.

Nachuntersucht 1. V. 11: Walnußgr. Cystocele. Desc. ut. Ut. antefl. Beschwerden ohne Rfl. die gleichen wie vorher!

33. M. St., Fabrikarbeitersfrau, IX P., 43 J.

Hered.: Mutter nervenleidend, 8 Geschw. †.

Krankheiten: Mehrmals Lungenentzdg., als Kind Bauchfellentzdg., Magenleiden, Blasenkatarrh.

Menses: 20 J., 3 wöch., 4—5 T., mittelstark.

Geburten: 1892—Aug. 1906 8 spont. Geb. Bis Jan. 1907 Laktationsamenorrhoe. Dann Per. unregelm., nach 2—5 W. stark, mit Schmerzen.

Klagen: Seit 1904 Magenbeschwerden. Druck, Ausfluß, Obstip., Schm. beim Wasserlassen. Suchte die Klinik auf, weil sie kein Wasser mehr lassen konnte.

11. IV. 07 (Nr. 306): Plastik und Al.-Adams.

Post op.: Besserung. 1908 Spont.-Geb., Dammriß. Seitdem wieder Schm. bei der Periode. Per. 3—4 wöch., 4—5 T., stark, vor Eintritt derselben Kopfweh.

Nachuntersucht 1. V. 11: Kein Desc. Ut. tiefstehend, antefl., derb, bewegl., Bandverdickung links.

34. O. S., Bauersfrau, VI P., 34 J.

Menses: 15 J., 2—4wöch., 8 T., stark mit Krämpfen.

Geburten: 1904 Zange. 1905 Spont.-Geb., Febr. 1907 Zange und starke Blutung.

Klagen: Seit dem 1. Partus Vorfall, der schließlich Gehen und schwere Arbeit fast unmöglich machte. Seit dem 3. Partus Schm. im Kreuz und Leib, Druck, Ausfluß. Immer viel Kopfschm., Herzklopfen, Wallungen.

16. V. 07 (Nr. 408): Mannsfaustgr. Prolaps. Portio enorm verdickt, großes Decubitalgeschwür. Collum elongiert. Corpus nicht vergrößert, nach hinten und rechts verlagert. — Amputatio portionis. Plastik. Al.-Adams.

Post op. ging es Pat. trotz schwerer Feldarbeit gut. 1908 Zange. 1909 Spont.-Geb. 1910 Abort. Letzte Per. Weihn. 1911. Seit Febr. Kreuz- und Leibschm., Druck, etwas blutiger Ausfluß. — Immer viel Kopfweh, Erbrechen, Herzklopfen etc. Beim Husten Schm. in den Al.-Adams-Narben.

Nachuntersucht 8. V. 11: Infantilistische Zeichen. Neurasthenie. Abortus imminens. Geringe Cystocele. Blutende Erosio. Ut. mannsfaustgroß, antefl., Faltenbildung.

35. P. B., Schuhmachersfrau, V P., 41 J.

Menses: 14 J., 4 wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: 1904 Perforation, Fieber. 1905 Spont.-Geb. Mastitis.

Klagen: Seit Sept. 1906 Per. unregelm. und verstärkt. Spannungsgefühl in der l. Bauchseite. Abgang von braunem Blut und Schleim. Schm. im Kreuz und Unterleib, bes. über der Symphyse, Ziehen in den Beinen. Kein Vorfall bemerkt.

7. I. 07 (Nr. 13): Invers. vag. Retrofl. ut. mob. Ligg. verdickt, sehr schmerzhaft. — Plastik. Al.-Adams. Nach Angabe der Frau wurde gleichzeitig eine Extrauteringravidität operiert.

Post op.: Beschwerdefrei. 1908 Steißlage, Fieber. Sept. 1908 Abortausräumung, Fieber. März 1911 Spont.-Geb. Manuelle Placentarlösung.

Nachuntersucht am 25. Tag post partum. Pfannenstielsche Querschnittnarbe. Al.-Adams-Narben o. B. Plattrhachit. Becken. Ut. bewegl., antefl., gänseeigroß. Kein Desc. Damm und Scheidengewölbe stark narbig. Adnexe nicht gefühlt.

Beschwerden durch Extrauteringravid. veranlaßt!

D. Al.-Adams und Plastik und Abrasio.

36. L. M., seit 1907 verh. A., Schuhmachersfrau, III P., 30 J.

Krankheiten: Nervenfieber, Lungenkatarrh.

Menses: 17 J., 2—4 wöch., 4—5 T., schwach.

Geburten: 1900 Spont.-Geb., Dammriß. Jan. 1904 Spont.-Geb.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Vorfall, beim Gehen und Arbeiten störend, seit Nov. 1903 Brennen beim Wasserlassen, Kreuzschm., Druck, Ausfluß. Per. 4wöch., schwach, ohne Schmerzen. Viel Kopfweh etc.

22. V. 05 (Nr. 364): Abrasio. Kolporrhaphia ant. et post. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei. 1908 Spont.-Geb. ohne Riß. Per. regelm., stark, geringer Ausfluß. Viel Kopfschmerzen.

Nachuntersucht 17. VI. 11: Scheidenschlußapparat gut. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

37. G. St., Steinhauersfrau, IV P., 46 J.

Krankheiten: Lungenentzündung, Bleichsucht, schwacher Magen.

Menses: 16 J., 4wöch., 5 T., stark.

Geburten: 1896—1902 2mal spont., 2mal Steißlage, Wochenbetten fieberhaft.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Dysmenorrhoe, Per. von langer Dauer. Schm. in Leib, Rücken und Beinen. Seit dem letzten Wochenbett Vorfall, der bei Gehen und Arbeiten beschwerlich ist, Kreuzschm., Druck nach unten. Viel Kopfweh etc.

24. II. 06 (Nr. 171): Abrasio. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Lokal beschwerdefrei, die nervösen Beschwerden sind jetzt stärker. Per. 4wöch., 8 T., mittelstark. Druck, Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 1. V. 11: Leib stark gebläht, adipös. Kein Desc. Ut. antefl., derb, bewegl., gut hühnereigroß.

II. Gruppe: Orthopädisches Resultat gut, funktionell gebessert.

A. Alexander-Adams Operation.

38. Chr. B., Taglöhnersfrau, VIII P., 36 J.

Menses: 16 J., 6—8wöch., 3—4 T., stark, mit Leib- und Kreuzschm.

Geburten: 1896—März 1906 5 spont. Geb. und 2 Aborte.

Klagen: Fühlte sich seit dem 1. Abort 1896 leidend. Schm. im Kreuz und Unterleib verstärkten sich im Laufe der Jahre. Per. alle 4—6—8—10 W., 2—4 T. mittelstark, schmerzhaft. Ausfluß, Druck, Blasenbeschw., Opstipat., Kopfweh etc.

13. XII. 06 (Nr. 857): Al.-Adams.

1 Jahr post op. trat Besserung ein. Leichtere Arbeit als vorher. Bis 1909 Schm. in den Narben. 1910 Spont.-Geb. Jetzt noch Druck, nervöse Beschw. geringer. Per. 4wöch., 2—3 T., mittelstark, ohne Schmerzen.

Nachuntersucht 29. IV. 11: Infantilist. Zeichen. Narben o. B. Minimaler Desc. bd. Vag.-wände. Ut. Körper antefl., derb. bewegl., hühnereigr. Beide Ligg. sacrout. verdickt.

Besserung unabhängig von der Operation!

39. M. O., Maurersfrau, VIII P., 32 J.

Hered.: Tbc., Mutter an Krebs †, Pat. ist das 10. Kind unter 17.

Menses: 16 J., 4wöch., 4 T., sehr starke Blutung, Kreuzschm.

Geburten und Klagen: Seit dem II. Partus (1902) hatte Pat. beständig heftige Kreuz- und Leibschm., Obstip., Appetitlosigkeit. Menses Ende Sept. 1902 8 T. lang sehr heftig, dann geringer, aber doch stets bei der Arbeit hinderlich.

7. I. 1903 (Nr. 8): Ut. vergrößert, weich, fast völlig retroflektiert im Douglas. Gravid. M. III. Aufrichtung in Narkose. Hodge. Kreuzschm. gebessert.

19. I. 1903: Spontanabort. Ausräumung.

27. VII. 03: Ring entfernt. Ut. antefl.

1904 und 05 spont. Geb. Nov. 1906 Abort, danach sehr starke Blutungen, heftige Kreuz- und Leibschmerzen. Obstip.

10. V. 07 (Nr. 381): Corpus uteri retrofl., wenig bewegl., nicht vergrößert. — Al.-Adams.

Post op.: Aufhören der dauernden Blutungen. Per. wieder 4 wöch., stark, Kreuzschm. dabei so stark, daß Pat. liegen muß. 1908 Abort. 1909 Querlage.

Nachuntersucht 26. IV. 11: Sehr korpulente Frau. Gravid. M. IV. normaler Befund.

Al.-Adams beeinflußte nur die Menorrhagien. Aborte und Dysmenorrhoe auch bei Antefl.

40. F. St., Dienstmädchen, 0 P., 26 J.

Hered.: Tbc. und Nervenkrankheiten.

Menses: 18 J., 4—6 wöch., 3—4 T., stark.

Klagen: vom 20. Jahre an Per. 6—8—10—11 wöch., 6—10 T., mit Kreuzschm. und Leibkrämpfen. Druck nach unten, Kopfweh, Schwindel, Obstip. 1905 Ring eingelegt, kurze Besserung, dann Verschlimmerung.

11. VI. 07 (Nr. 482): Al.-Adams.

Post op.: 2 J. beschwerdefrei. Per. 4—8 wöch., 8 T., stark. Jetzt wieder Kreuzschm., Ausfluß, Obstip., nervöse Beschw.

Nachuntersucht 2. V. 11: Anämie, Hysterie. Bandverdickung beiderseits. Obstipation. Kein Desc. Ut. antefl. bewegl., hühnereigroß. Ovarien über mandelgroß.

Suggestive Wirkung!

41. F. B., Gipserswitwe, V P., 34 J.

Geburten: 3 spont., zuletzt 1901, Fieber.

Klagen: 4 W. nach der letzten Geburt Schm. im Kreuz, bes. beim Liegen und auf der l. Seite des Unterleibs. Schm. bei Wasserlassen und Stuhlgang. Menses 5 wöch., 4 T., stark und schmerzhaft. Obstip.

6. VIII. 03 (Nr. 441): Ut. gänseeigroß, retrofl., nach rechts verlagert und hier fixiert. In Narkose Dehnung der Adhäsionen. Al.-Adams.

Post op.: Besserung. Bei Per. Kreuz- und Leibschm. 2 Geburten.

Nachuntersucht 24. IV. 11: Walnußgr. Desc. der hinteren Scheidenwand. Ut. antefl., bewegl.

Besserung durch Lösung der Adhäsionen!

42. M. W., Schuhmacherswitwe, VI P., 38 J.

Hered.: Tbc. — War immer kränklich: Bleichsucht, Kopfschm., Magenbeschwerden.

Menses: 14 J., 4 wöch., 8 T., stark. Vom 16. J. mit heftigen Leibkrämpfen und Erbrechen.

Geburten: 1900—Juli 1903 4 norm. Geb.

Klagen: Seit der Heirat 1899 verstärkte Beschwerden: Kopf- und Magenschm., Wallungen, Erbrechen, Ausfluß, Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Obstip.

30. I. 04 (Nr. 61): Retrofl. uteri. Verdacht auf Gravidität. — Aufrichtung in Narkose. 3. II. 04 gebessert entlassen. Okt. 04 spont. Geb.

9. II. 05 (Nr. 115): Seit der letzten Geburt Per. sehr schmerzhaft, unregelm., schwach, Ende Januar sehr stark. Schm. im Bauch und Kreuz. — Corpus uteri groß, weich, retrofl., bewegl., Aufrichtungsversuche sehr schmerzhaft. Al.-Adams.

Post op.: Zunächst Besserung. 1906 Steißlage. Seitdem wieder Schm. bei Per., außerdem Ausfluß, Magen- und Kopfschm. etc. wie früher. Beim Husten und Pressen Schm. in den Narben. Per. 4 wöch., anteponierend, 8 T., stark.

Nachuntersucht 29. IV. 11: Hängeleib, Bandverdickung. Ut. tiefstehend, antefl., derb, bewegl., gänseeigroß. Adnexe o. B.

43. V. E., ledig, 0 P., 35 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Diphtherie, Gesichtsrose, Darmgeschwür.

Menses: 15 J., 5—6 wöch., 1—2 T., schwach, immer mit Leib- und Kreuzschm.

Klagen: Seit dem 20. Jahr (1897) starke ziehende Schmerzen während der Periode und in den Tagen, die genau in der Mitte zwischen 2 Perioden liegen. Kopf- und Kreuzschm. Dicker, gelber Ausfluß.

1903 (Nr. 37): Auf beiden Lungen Rasselgeräusche. Ut. vergrößert, derb, nach rechts hinten verlagert. — In Narkose aufgerichtet, Hodge eingelegt. Zur Bekämpfung des Cervikalkatarrhs wird ein um den anderen Tag eine Aetzung mit Ichthyolglyzerin vorgenommen. — Ausfluß gebessert, Druck nach unten, Unterleibs- und Kreuzschmerzen unverändert. Per. 3—6 wöch., 1—2 T., schwach. Magenbeschwerden, Erbrechen, Nervosität, Obstipation.

10. VI. 04 (Nr. 338): Ut. retrofl., sehr leicht bewegl., aufrichtbar. Doppelseitige Leistenhernie. — Al.-Adams. Radikaloperation der Hernien.

Post op.: Besserung. Seit 3 J. wieder Schm. bei der Per. Menses

5—6—8 wöch., 1—2 T., sehr schwach. Weißer Fluß. Obstip., Schm. in den Narben, Kopfweh, nervöse Beschw.

Nachuntersucht 1. V. 11: Einzelne infantile Zeichen. Anämie. Narben o. B. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß. Beide Ligg. dick, aber nicht empfdl.

44. E. O., Fabrikarbeitersfrau, V P., 32 J.

Hered.: Vater an Tabes dorsalis †.

Menses: 16 J., 3-, später 4 wöch., 3—4 T., mittelstark, stets mit Leibkrämpfen.

Geburten: 1902 man. Plac.-Lösung, 1903 Spont.-Geb. o. B.

Klagen: Kreuz- und Leibschm., Ziehen in den Beinen, hauptsächl. einige Tage vor und während der Periode. Druck nach unten, Kopfweh, Magenschmerzen etc., Obstip. Ring verursachte Schmerzen.

30. XI. 05 (Nr. 727): Al.-Adams.

Post op.: Bis 1907 einige Besserung. 1907—10 3 Spont.-Geb. Menses jetzt 4—5 wöch., 2—5 T., verschieden stark. Seit 1907 Kopfweh bei Per., dauernd Leib- und Kreuzschm., Druck, Ausfluß, Magenbeschw., Obstip., Schmerzen in den Narben.

Nachuntersucht 5. V. 11: Geringer Tiefstand der vorderen Scheidenwand, Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

45. E. M., Bauersfrau, IX P., 38 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 16 J., 4 wöch., 4—5 T., stark.

Geburten: 1893—Sept. 1905 7 Spont.-Geb., jedesmal Wochenbettfieber. 1903 Abort.

Klagen: Seit der Verheiratung (1898) Kreuz- und Leibschm. bei der Periode. Seit 1905 beständig Stechen im Unterleib und Kreuz, Druck, beim Laufen Schm. in den Geschlechtsteilen, Kopfschm., Magenbeschw., Obstipation.

7. VII. 06 (Nr. 520): Al.-Adams.

Post op.: 2 J. Besserung. Seit Partus 1908 arbeitsunfähig durch Kreuz- und Leibschm., Druck. Vom Arzt Ring eingelegt, geringe Besserung. Menses 4 wöch., stark, vorher Ausfluß, Obstip., Schm. in der r. Narbe.

Nachuntersucht 6. V. 11: Unterernährung. Geringer Desc. der vord. Scheidenwand. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

46. Z. B., Bauersfrau, IV P., 49 J.

Hered.: Tbc., Nerven- und Geisteskrankheiten.

Krankheiten: Typhus.

Menses: 16 J., 4 wöch., 4—5 T., mittelstark.

Geburten: 1889 Zange, Naht, Fieber. Bis 1902 3 Spont.-Geb.

Klagen: Seit 1889 Per. 2—3 wöch., 4—6 T., Rücken-, Leib- und Kopfschmerzen, Druck, Ausfluß, Blasenbeschwerden, Obstipation. Seit

Sommer 1905 beständig Kreuz- und Leibschmerzen, große Schwäche etc.

27. I. 06 (Nr. 72): Al.-Adams.

Post op.: 1 Jahr nach der Op. trat Besserung ein. Menses 3 wöch., 5—10 T., mit Kreuz- und Leibschm. Bei strenger Arbeit Druck nach unten, Magendrücken und Kopfweh, Obstip.

Nachuntersucht 8. V. 11: Anämie. Unterernährung. Geringer Desc. Ut. tiefstehend, antefl., bewegl., derb, hühnereigroß. Muttermund zeigt Laceration bis ins linke Scheidengewölbe.

Die Besserung ist nicht auf die Op. zu beziehen!

47. W. L., Aufsehersfrau, V P., 34 J.

Hered.: Nervenkrankheiten.

Menses: 13 J., 4wöch., 3—4 T., mittelstark, Krämpfe.

Geburten: 1903 man. Plac.-Lösung. 1904 normal. Jan. 1906 Naht.

Klagen: Seit 1906 beim Gehen und Arbeiten lästiger Druck. Kreuzschm., Obstip., Appetitlosigkeit, Magendrücken, Kopfweh, Herzklopfen, Schwermut etc.

5. VII. 07 (Nr. 479): Al.-Adams.

Post op.: Druck sofort geschwunden, die übrigen Beschwerden besserten sich allmählich. Febr. 1908 Spont.-Geb., Jan. 1911 Spont.-Geb. M. VII. Jetzt: Keine nervösen Beschw., Kreuzschm. nur bei der Per. Obstipation.

Nachuntersucht 10. V. 11: Cystocele. Portio 3 cm unter der Spinallinie. Ut. antefl., bewegl., dick, nicht kompressibel, gänseeigroß.

48. K. N., Bauersfrau, V P., 45 J.

Menses: 17 J., 4 wöch., 3 T., mittelstark.

4 Geburten, 1889—94, bei der 2. Zange und Placentarlösung, bei der 4. Placentarlösung.

Klagen: 7. V. 1900 (Nr. 251): Pat. leidet seit 12 J. an Gebärmuttererkrankung, die aber durch Tragen eines Ringes gebessert wurde. Schmerzen in der r. Unterleibsseite, die sich auch nach dem Kreuz zu erstrecken. Vor 4—5 Mon. konnte Pat. das Wasser 5 Tage nicht halten. In Narkose normaler Genitalbefund. — 1901 traten vor der Per. Schm. im Leib, Rücken, Kopf und Beinen auf. Ring mußte wegen Geschwür wieder entfernt werden. 1902 sehr starke Kreuz- und Leibschm., bes. r., Druck, Ausfluß, Obstip., Schmerzen beim Wasserlassen, zeitweilig Inkontinenz, Magendrücken, Kopfweh etc.

3. II. 03 (Nr. 72): Vord. Vaginalwand desc. Ut. desc., retrofl., schwer bewegl., vergrößert. — Al.-Adams.

Post op.: 2 J. lang Besserung. Seit 1905 (Spont.-Geb.) wieder Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß, Obstip., Inkontinenz, Kopfweh etc. Schm. in den Narben. Per. 4wöch., 3 T., mittelstark.

Nachuntersucht 12. V. 11: Geringer Desc. beider Vaginalwände. Portio 3 cm unter der Spinallinie. Ut. antefl., bewegl., sehr hart, hühnereigroß.

49. M. V., Metzgersfrau, III P., 35 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 3 T., vor der Verheiratung schwach und mit Leibschmerzen.

Geburten: 1901 und 1903 Spont.-Geb.

Klagen: Seit der 2. Geburt Druck nach unten, Kreuzschm., Obstip. Per. mittelstark ohne Beschwerden. Ring verursachte Schmerzen.

18. VI. 06 (Nr. 461): Al.-Adams.

Post op.: Bei Wetterwechsel Schm. in der Narbe rechts. Einige Tage vor der Periode Leibschm., Druck. 1909 Spont.-Geb. Seit Frühjahr 1911 viel Kopfweh, sehr nervös, obstipiert.

Nachuntersucht 16. V. 11: In der r. Al.-Adams-Narbe spaltfg. Oeffnung. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigr. Erosio. Links Bandverdickung.

Bei Retrofl. keine Dysmenorrhoe, wohl aber bei Anteflexio!

50. M. Sch., Gipsersfrau, IV P., 34 J.

Hered.: Tbc. und Nervenkrankheiten. Das 7. von 13 Kindern.

Menses: 18 J., 5—6wöch., 2 T., schwach.

Geburten und Klagen: 1900 Abort, seitdem vor Eintritt der Per. Leib- und Kreuzschm. 1901 normale Geb., 1904 Spont.-Geb. mit Fieber; seitdem Schm. in der l. Seite, Druck, Leib- und Kreuzschm. Per. 5—9wöch., 2 T., schwach. Anhaltend Kopfweh, Erbrechen, Obstipat. etc.

5. VII. 07 (Nr. 587): Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei bis 1908 (Spont.-Geb.). Menses 4wöch., postponierend, schwach, Leib- und Kreuzschm. Sehr viel Kopfweh, Herzklopfen, Schwindel, Erbrechen, Obstip., Druck nach unten.

Nachuntersucht 18. V. 11: Ut. antefl., bewegl., derb, hühnereigroß.

51. E. St., Bauersfrau, XI P., 36 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Pleuritis.

Menses: 16 J., 5—8 wöch., 8—14 T., stark, mit Schm. im Kreuz und Unterleib.

3 Geb. und 3 Fehlgeb., letzte 1902.

Klagen: Schm. im Kreuz, starke, unregelmäßige Perioden. Pessarbehandlung erfolglos.

15. XI. 04 (Nr. 616): Al.-Adams.

Post op.: 1 Jahr lang Besserung, dann dieselben Beschw. wie früher. Per. unregelm. aber weniger stark und schmerzhaft. Jetzt auch nerv. Beschw. Nach der Op. 5 Geb., letzte 1910.

Nachuntersucht 15. IV. 11: Ut. antefl. bewegl., derb, gänseeigroß. Erosio. Desc. beider Vaginalwände. — Neurasthenie.

52. L. B., Schneidersfrau, V P., 43 J.

Hered.: Mutter an Ca. uteri, Schwester an Tbc. †.

Geburten: 1889—94 4 normale Entbindungen, 1897 Abort.

Klagen: Menses früher 4 wöch., 1—2 T., schwach, seit der Heirat 1889 5—7 wöch., mit heftigen Leibschm. Seit Anfang 1906 Schwindel, Kopfschm., Ohnmachten, Schm. in Beinen und Kreuz, Druck nach unten. „Sonst noch unzählige Beschw. typisch hyster. Art."

16. VI. 06 (Nr. 454): Gut genährte, kräftige Pat. Ut. nicht vergrößert, retrofl., leicht bewegl. — Al.-Adams.

Post op.: Menses 4 wöch., schwach, ohne Schm. Seit 3 J. wieder Kreuzweh. Kopfweh etc. ungebessert. Durchfälle.

Nachuntersucht 12. IV. 11: Hysterie, Ut. antefl. gänseeigroß, derb, beweglich.

53. A. S., ledig, 0 P., 49 J.

Hered.: Mutter geisteskrank, Eltern blutsverwandt.

Menses: 16 J., während der ersten 2 J. nur im Winter, die nächsten 2 J. alle 14 T. Im 20. J. mit Brechen. Vom 21. J. an 3—4 wöch. 5—6 T., schwach, mit Leib- und Rückenschm. Kopfweh.

Klagen: Seit 1903 (41 j.) verstärkte Schm. in der l. Unterbauchgegend, im Kreuz und Rücken. Druck nach unten so stark, daß Pat. fast nicht sitzen konnte. Ausfluß, Kopfweh, Schwindel etc. Obstipation.

4. V. 04 (Nr. 237): Al.-Adams.

Post op. Besserung der nervösen Beschwerden. Kreuz- und Leibschm. nur bei Per. Menses 4 wöch., anteponierend, 3 T., mittelstark. Druck nach unten und Ausfluß unverändert. Seit der Op. Beschw. beim Wasserlassen.

Nachuntersucht 10. VI. 11. Neurasthenie. Einzelne Degenerationszeichen. Ut. spitzwinklig antefl., derb, kleinfaustgr., an der Vorderfläche höckrige Knollen. Die Bewegung des Ut. nach hinten ist schmerzhaft.

54. M. F., Messerschmiedsfrau, V P., 38 J.

Hered.: Tbc. und Geisteskr.

Menses: 16 J., 4 wöch., 1—2 T., schwach, dabei geschwollene Beine. 4 Spont.-Geb. 1895—1902. Abort 1904.

Klagen: Schm. im Kreuz und Rücken, Kopfweh, Schwindel etc. Obstip., Drängen nach abwärts. 1905 Ring eingelegt, seither Leibschm., Beschw. bei Wasserlassen u. Stuhlgang. Seit 1906 Magenschm., Uebelkeit, Erbrechen.

3. VIII. 06 (Nr. 582): Al.-Adams.

Post op.: Schm. in den Narben bei der Periode. Häufig Magenkrämpfe und Erbrechen, die anderen Beschw. geschwunden.

Nachuntersucht 12. VI. 06: Narben o. B. Geringe Rektocele. Ut. antefl., kaum hühnereigroß.

55. M. B., Straßenwartstochter, 0 P., 39 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Als Kind herzleidend, mit 20 J. Nierenentzündung.

Menses: 18 J., 3—5—7wöch., 2—3 T., schwach mit starken Schmerzen in Leib, Kreuz und Beinen und Druck nach unten.

Klagen: Dysmenorrhoe durch Pessarien nicht gebessert. Ausfluß, Obstipat., Kopfweh, Herzklopfen, Schwindel etc.

23. IX. 05 (Nr. 601): Reduzierter Ernährungszustand, Herztöne unrein, über beiden Oberlappen trockenes Rasseln. Ut. retrofl., bewegl., nicht vergrößert. — Al.-Adams mit Spaltung des Leistenkanals und Eröffnung des Peritonealkegels beiderseits.

Post op.: 2 J. lang soweit gebessert, daß Pat. wenigstens häusliche Arbeit verrichten konnte, dann Verschlimmerung, 1906 zu Hause wegen Ileus operiert. Menses: 3—4 wöch., 1—2 T., schwach mit starken Schm. Die „Nervosität" sei durch die Operat. verstärkt. Antrag auf Invalidenrente. Diagnose der Mediz. Klinik: „Hysterie und Aggravation."

Nachuntersucht 16. VI. 11: Anämische, äußerst hyster. Pat. in sehr reduziertem Ernährungszustand. Ueber dem r. Darmbein Darmadhäsionen. Kein Desc. Ut. antefl. bewegl., derb, hühnereigroß. Rechtes Ovarium nicht ganz frei bewegl., Bandverdickung rechts.

56. S. M., Schneidersfrau, VI P., 35 J.

Hered.: Nervenkr.

Menses: 16 J., vom 17. J. an regelmäßig 4 wöch., 5—6 T., mäßig stark, bei gleichzeitiger Erkältung Leibschm.

Geb. 1898—1903, 3 Spont.-Geb. und eine Zange mit Dammriß. — 1905 Abort.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Per. sehr schmerzhaft, sehr stark. Schm. in Kreuz und Unterleib, Druck, Ausfluß, Kopfweh, Herzklopfen etc. Obstipation. Durch Ring stets Verschlimmerung. Nach dem Abort Abrasio außerhalb wegen starker Blutungen.

19. XI. 06 (Nr. 775): Rechte Lungenspitze infiltriert. Ut. retrofl., Parametrien auf Druck schmerzhaft. — Al.-Adams.

Post op.: 1/4 Jahr lang keine Schmerzen. Die Nerven seien sehr geschwächt seit der Op. Menses 4 wöch., 3—5 Tage, mäßig stark, hie und da schmerzhaft. Stets Druck nach unten. 1907 und März 1911 Spont.-Geb., während der Schwangerschaften starke Schm. im Unterleib, bes. in den Al.-Adams-Narben.

Nachuntersucht 20. VI. 11: Anämie, Hysterie, Spitzenaffektion rechts, Enteroptose. Geringer Desc. beider Vaginalwände. Ut. antefl., bewegl., gut hühnereigroß.

57. K. K., Bauersfrau, IV P., 45 J.

3 Spont.-Geb., letzte 1894. 1 Abort 1904. Menses: 4 wöch., 4 T., schwach, seit dem Abort 2—3 wöch., stark. Seit März 1906 alle 4 W. schwache Blutungen. Mäßiger Ausfluß. Seit dem Abort Kreuzschm.

28. V. 06 (Nr. 411): Ut. nicht vergrößert, retrofl. bewegl. Erosio an der Portio. — Aetzung der Erosio mit Formalin. — 31. V. Al.-Adams.

Post op.: Der weiße Fluß erheblich gebessert, sonst wenig Unterschied. Schmerzen in den Narben. Menopause seit 1 Jahr.

Nachuntersucht 9. V. 11: Stigmata hysterica. Narben o. B. Kein Desc. Ut. dextroponiert, antefl., bewegl., hühnereigroß.

B. Al.-Adams und Abrasio.

58. M. Sch., Förstersfrau, II P., 30 J.

Menses: 13½ J., 4wöch., 8 T., stark, schmerzhaft.

Geburten: 1904 spont. am Ende der Zeit. 4 W. vorher plötzlich starke Blutung, 4 W. anhaltend.

Klagen: Seit dem Wochenbett brennende Schm. in der Gebärmutter, am Nabel und in bd. Leistengegenden. Herzklopfen. Wallungen etc. Menses 2wöch., 8 T., sehr stark, mit Kreuzschm. und Druck nach unten.

8. VIII. 05 (Nr. 563): Diagnose: Endometritis. Ut. dextroponiert, klein, vollkommen beweglich. — Abrasio. Nach Entlassung Menses regelm. 4wöch., 8 T., stark. Pat. wegen heftiger Rückenschm. bettlägerig. 13. XI. 05: Ut. nicht vergrößert, weich, retrofl. Links dahinter ein kl., auf Druck sehr schmerzhaftes Exsudat. Rechts kl. Adnextumor. — Abrasio. Al.-Adams.

Post op: Besserung. 1907 Spont.-Geb. Menses 3wöch., stark und schmerzhaft. Seit Jan. 1911 wieder dieselben Schm. wie vorher, bes. in der Nabelgegend. Sehr starke Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß. Stuhldrang, heftige Schm. in den Narben. — Pat. suchte die Klinik spontan auf.

Nachuntersucht 28. VI. 11: Anämie. Unterernährung. Neurasthenie. Pflaumengroße Cystocele. Ut. antefl., hühnereigr., bewegl. Bandverdickung.

59. P. G., Fabrikarbeitersfrau, I P., 37 J.

Hered.: Nerven- und Geisteskrankh. Eltern blutsverwandt. Das 11. von 13 Kindern.

Menses: 18 J., vom 19. Jahr an regelm. 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: 1899 spont.

Klagen: Menses seit 1906 sehr stark, mit Rückenschm. und Krämpfen, 2—4wöch. Schwindlig und zitterig, Kreuz- und Leibschm., Druck, Obstip.

24. V. 07 (Nr. 428): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Noch 1 Jahr lang Schm. im Rücken und Unterleib, dann Besserung. Menses 4wöch., 4 T., mittelstark. 1910 Abort. Letzte Per. 20. Dez. 10. Bis zu Beginn der Gravid. bei der Arbeit Kreuz- und Leibschmerzen.

Nachuntersucht 16. V. 11: Gravid. M. VI. Normaler Befund.

60. Chr. B., Schuhmachersfrau, IV P., 42 J.

Menses: 18 J., 4wöch., 4—6 T., nie Schmerzen.

Geburten: 1899 und 1901 spont.

Klagen: 1903 will sich Pat. verhoben haben, dabei spürte sie, daß

etwas gesunken ist. Seitdem Menses 3wöch., stark. Ausfluß, Obstip., Kopfweh, Herzklopfen, Müdigkeit.

25. I. 04 (Nr. 55): Abrasio. Al.-Adams.

12. II. 04 wegen Pericarditis der Mediz. Kl. überwiesen.

Post op.: Aufhören der starken Blutungen. 1905 und 1907 Spont.-Geb. 1908 Lungenentzündung, seitdem wieder Druck nach unten, Ausfluß. Menses 3wöch., 8 T., stark. Obstip., Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Kopfweh, Schwindel. Beim Husten Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 9. V. 11: Neurasthenia gravis. Struma. Degenerationszeichen. Desc. bd. Vaginalwände. Portio unter der Spinallinie. Ut. wenig antefl., bewegl., gänseeigroß.

61. E. St., Schlossersfrau, 0 P., 28 J.

Menses: 14 J., 4wöch., 6—7 T., stark, seit der Verheiratung (22j.) schmerzhaft.

Klagen: Menses 3wöch., sehr stark. Schm. im Kreuz und Unterleib, Druck, Obstipation, Kopfweh etc.

26. VI. 07 (Nr. 549): Rechte Lunge affiziert. Vulva sehr eng. Hymen erhalten. Ut. retrofl., normal groß. — Discission. Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Nervöse Beschwerden unverändert, sonst Besserung. Menses anteponierend, 5—6 T., stark. Bei schwerer Arbeit Kreuzschm.

Nachuntersucht 9. V. 11: Infantile Zeichen. Hymen erhalten. Ut. stark antefl., bewegl., gut pflaumengroß.

62. K. E., Holzdrehersfrau, 0 P., 35 J.

Menses: 15 J., 5—6wöch., 4 T., stark, stets mit Krämpfen.

Klagen: Seit 1900 steril verheiratet. Menses 3wöch., 3—4 T., schwach und schmerzhaft. Durch Kreuz- und Leibschm. und Druck nach unten unfähig zu gehen und zu arbeiten. Pessarbehandlung und Spülungen erfolglos.

19. I. 05 (Nr. 16): Corpus uteri retrofl., bewegl. Ovarien liegen ziemlich tief. — Discission. Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Besserung. Menses 3wöch., 3 T., kaum merklich, mit Leibkrämpfen. Seit 1 Jahr Verschlimmerung: Kreuz- und Leibschm., Druck, Kopfweh und Erbrechen, Herzklopfen etc.

Nachuntersucht 8. V. 11: Infantile Zeichen. Neurasthenie. Ut. stark anteponiert, antefl., unter hühnereigroß.

Nach den jetzigen Beschwerden könnte man ein Recidiv erwarten!

63. P. H., Näherin, 0 P., 41 J.

Hered.: Eltern blutsverwandt. Vater an Ca. laryngis †.

Krankheiten: Mit 18 J. Gelbsucht, seitdem ab und zu Schm. in der Gallenblasengegend und im Rücken, bes. stark bei der Periode.

Menses: 17 J., dann 1 Jahr aussetzend, später 3—4wöch., 3—4 T., schwach, vorher Leibschm.

Klagen: Alle 14 T. Schm. in der r. Seite. Bei Aufregung Leibschm., Appetitlosigkeit, will von 1905—07 stetig abgenommen haben. Obstip., Ausfluß, Kopfweh etc.

13. V. 07 (Nr. 387): Unterernährung. Anämie. Trichterbrust. — Endometritis. Rfl. mob. — Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Geringe Besserung. Bei Anstrengung stets „Leibschm., die in den Kopf hinaufziehen". Menses 4wöch., schwach, vorher Kopfschm., Ausfluß, Magenbeschwerden. Obstipat.

Nachuntersucht 4. V. 11: Unterernährung. Anämie. Hysterie. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

C. Al.-Adams und Plastik.

64. K. D., Bauerntochter, II P., 38 J.

Hered.: Eltern blutsverwandt. Mutter an Tbc. †. 6 Geschwister geisteskrank. Das 14. von 18 Kindern. In der Verwandtschaft Tbc., Nerven- und Geisteskrankheiten.

Krankheiten: Asthma. Seit 1905 lungen- und herzleidend.

Menses: 15 J., 4wöch., 4—5 T., mittelstark.

Geburten: 1893 Zwillinge, totgeboren. Seitdem Kreuz- und Leibschm. bei der Per. 1897 normale Entbindung.

Klagen: Beim Gehen und Sitzen Schm. im Kreuz und Leib, Druck nach unten, Ausfluß, Kopfweh, Erbrechen etc., Schm. beim Wasserlassen. Obstipation.

2. V. 07 (Nr. 365): Asthma bronchiale. Inversio vaginae. Rfl. ut. mob. — Plastik. Al.-Adams.

Post op.: 1 Jahr lang beschwerdefrei. Menses anteponierend, 8 T., stark. Kopfweh und Nervosität wie ante op. Seit 1908 wieder Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß, Magenschm. und Erbrechen. Schm. beim Wasserlassen. Bei der Periode Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 13. VI. 11: Unterernährung. Anämie. Hysterie. Starke Behaarung im Gesicht, am Warzenhof und den Bauchdecken. Pubes infantil. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

65. K. R., Weingärtnerswitwe, VIII P., 49 J.

Krankheiten: Pleuritis.

Menses: 15 J., 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: 3 Fehlgeburten (1896—1902), 4 normale Geb. (1897 bis August 1904).

Klagen: Seit 1899 Vorfall, der bei der Arbeit störte. Ausfluß, Druck nach unten, Schm. an den Seiten, Blasenbeschwerden.

23. I. 05 (Nr. 60): Colporrhaphia ant. et post. Al.-Adams.

Post op.: Vorfallbeschw. beseitigt, Kreuzschm. unbeeinflußt. 1906 Spont.-Geb., Dammnaht. Blasenbeschw., Magenweh. Seit 1 Jahr Per. unregelm., schwach, seitdem Kopfweh.

Nachuntersucht 9. VI. 11: Taubeneigroße Cystocele. Beginnende senile Atrophie. Ut. antefl., nach rechts verschoben, derb, hühnereigroß.

66. M. F., Steinhauersfrau, IX P., 46 J.

Hered.: Tbc.

9 Geburten, letzte 1902, 1 mal Zange.

Klagen: Stuhlverstopfung, Kreuzschm., Kopfweh. Menses 4 wöch., 1—2 T., schwach.

13. I. 06 (Nr. 26): Colporrhaphia ant. et post. Al.-Adams.

Post op.: Kein Kreuzweh mehr, aber Obstip. wie vorher. Menses unregelm., schwach.

Nachuntersucht 12. IV. 11: Taubeneigr. Desc. der vorderen Scheidenwand. Ut. antefl., hühnereigr., derb.

67. L. H., Maurersfrau, I P., 34 J.

Krankheiten: Lungenkatarrh.

Menses: 16 J., 4 wöch., 2 T., mittelstark.

Geburt: 1896 spont. Dammriß. Kind †. Seit 1900 steril verheiratet.

Klagen: Seit dem Wochenbett Menses 3 wöch., 2 T., schwach, mit Leib- und Kreuzschm., Ausfluß. 1903 Abrasio, Ring. Keine Besserung. Ziehende Leibschm., „Nervenkopfweh", Schwindel, Ohnmachten etc.

21. II. 06 (Nr. 164): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: 2 Jahre lang keine Leibschm. Menses 3 wöch., mittelstark., Ausfluß, Kopfweh, Schwindel. Bei Wetterwechsel Schm. in den Narben. Seit 1908 wieder Kreuzschm., Ziehen in der r. Unterleibsseite, Druck nach dem Mastdarm zu.

Nachuntersucht 17. V. 11: Reflexe sehr lebhaft. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., etwas eleviert, hühnereigroß. Erosio. Ovarien hoch oben. Beiderseits Bandverdickung.

68. N. W., Fuhrmannswitwe, V P., 42 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 15 J., 4 wöch., 3—4 T., mittelstark, mit Schm. im Leib, Kopfweh, großer Müdigkeit.

4 Spont.-Geb. 1901—1906 und 1 Fehlgeb.

Klagen: Seit dem 2. Wochenbett Kreuz- und Leibschm. Druck nach unten, Ausfluß.

23. 1. 07 (Nr. 74): Plastik. Al.-Adams.

Post op: „Vorfallbeschwerden" beseitigt. Aber viel Rückenschm., Kopfweh und Schwindel, sehr nervös, Schm. in den Narben. Menses 3 wöch. All dies führt Pat. auf körperl. Anstrengung und Sorgen zurück.

Nachuntersucht 15. V. 11: Anämie, Hysterie. Kein Desc. Ut. antefl. bewegl., hühnereigroß.

69. M. L., Bauersfrau, VI P., 39 J.

Hered.: Vater an Ca. ventriculi †.

Menses: 21 J., 4 wöch., 3—4 T., mittelstark.

4 Geb. 1898—1902.

Klagen: Menses 3—4 wöch., 4 T., stark, seit dem 1. Wochenbett zuweilen mit Leibschm. Seit dem 2. Wochenbett Druck nach unten, Ausfluß, Kopfweh, Schwindel, Herzklopfen, Erbrechen etc.

9. XI. 04 (Nr. 603): Colporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie. Al.-Adams.

Post op. fühlte sich Pat. wieder arbeitsfähig. Menses 3 wöch., 5—6 T., stark, mit Leibschm., Müdigkeit, Schwindel, Kopfweh und Druck. 1907 Wendung, Naht, Fieber. Seitdem wieder Vorfallbeschwerden. 1910 Spont.-Geb. Jetzt Magenschmerzen und Erbrechen, starkes Schwitzen auf der linken Seite.

Nachuntersucht 13. V. 11: Recto- und Cystocele. Plattrhachit. Becken. Ut. antefl. derb, bewegl., gut hühnereigroß. In der Mediz. Poliklinik beginnende Syringomyelie festgestellt.

70. A. L., verheir. seit 1903, 0 P., 42 J.

Menses: 16 J., 4 wöch., 3 T., schwach.

Klagen: Seit 1902 Vorfall, durch schweres Heben entstanden. Mäßige Schm. während der Per., die im Nov. 03 und Mai 04 14 Tage dauerte. Beschwerden beim Urinieren.

9. VI. 04 (Nr. 335): Vollständige Inversion beider Vaginalwände, an der Portio markstückgroßes Decubitalgeschwür. Elongatio colli. Ut. klein, retrofl. Ovarien im Douglas zu fühlen. — Plastik. Al.-Adams.

4. XI. 04: Die alten Beschwerden. — Dammwunde geplatzt. Ut. antefl. —Dammplastik.

Post op.: Immer Rückenschmerzen, lokal beschwerdefrei. Bei Wetterwechsel und bei der Arbeit immer Stiche in den Narben.

Nachuntersucht 24. IV. 11: Ut. tiefstehend, antefl., bewegl., hühnereigroß.

71. M. D., Fabrikarbeitersfrau, IX P., 48 J.

Menses: 17 J., 3 wöch., 3—4 T., sehr stark, mit Kreuzschm.

9 Spont.-Geb. 1889—1902.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Prolaps, der 1897 in Halle operiert wurde und 1899 im Anschluß an die 7. Geb. recidivierte. Menses: 2—5—8 wöch., 7 T., stark, Kreuzschm., Druck nach unten, Ausfluß, Blasenbeschw., Obstipation, Wallungen etc.

3. VII 05 (Nr. 543): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Menses regelm., seit 1 Jahr wieder unregelm. Kreuzschm., Druck nach unten und Wallungen unverändert.

Nachuntersucht 2. V. 11: Minimaler Desc. der hinteren Scheidenwand. Ut. antefl. bewegl., kaum hühnereigroß.

72. M. H., Näherin, 0 P., 32 J.

Menses: 19 J., 6—7 wöch., 2 T., stark, mit Leibkrämpfen.

Klagen: Seit 1906 Per. 2—3 wöch., stark, mit sehr starken Schm. links. Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Kopfschm, Erbrechen. Beim Gehen Schm. durch Vorfall. Blasenbeschw., Durchfälle.

7. II. 07 (Nr. 106): Plastik, Amputatio portionis. Al.-Adams.

Post op.: Leibkrämpfe und Kopfschm. ebenso häufig und heftig wie vorher. Menses 3 wöch., 1—2 T., mittelstark. Ausfluß, Stechen in der Narbe, Magenkrämpfe, Erbrechen und sehr nervös.

Nachuntersucht 3. V. 11: Neurasthenie. Infantilistische Zeichen. Al.-Adams-Narben o. B. Kein Desc. Ut. antefl., unter hühnereigroß. Erosio. Beide Ovar. ganz beweglich vor dem oberen Ende der Art. sacroiliaca.

73. M. V., Bäckersfrau, V P., 41 J.

Menses: 17 J., 3—4 wöch., 5—6 T., stark.

4 Geburten und 1 Abort (1898—1905).

Klagen: Seit 98 Vorfall. Seit dem letzten Wochenbett (März 05 Zwillinge) schwere Arbeit unmöglich wegen Druck nach unten, Kreuz- und Kopfschm., Blasenbeschw., Obstipat.

8. VII. 05 (Nr. 491): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Arbeitsfähig. Menses 4 wöch., oft aussetzend, 5—6 T., sehr stark, mit Druck nach unten. Viel Kopfschm., oft Urinbeschw., Obstip.

Nachuntersucht 29. IV. 11: Kein Desc. Ut. tiefstehend, antefl., sehr derb, gänseeigr. Rechtes Lig. sacrout. infiltriert, schmerzhaft, gespannt.

74. F. F., Taglöhnersfrau, IV P., 40 J.

Hered.: Tbc., Eltern blutsverwandt.

Krankheiten: Pleuritis.

Menses: 18 J., 4 wöch., 3 T., mittelstark, stets mit Bauch-, Kopf- und Kreuzschm. und Ziehen in den Beinen.

Geburten: 1892 Dammriß, Vorfall. 1894 Spont.-Geb. 1902 und 1904 Abort und Fieber.

Klagen: 1902 sei die Gebärmutter gesunken. Seit 1904 Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Ausfluß, Kopfschm., Schmerzen in den Rückenwirbeln etc.

10. VII. 06 (Nr. 522): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: 1 Jahr lang Wohlbefinden. Der Drang nach unten hörte ganz auf. Menses: 4 wöch., 2—3 T., schwach, mit heftigen Schm., Kopfweh und Ziehen in den Beinen. Seit 1907 wieder Kreuz- und Leibschm., Ausfluß, Magenbeschw., Obstipat., Müdigkeit, Nervosität.

Nachuntersucht 7. IV. 11: Kein Desc. Ut. antefl., hühnereigroß, weich. Erosio. Bandverdickung rechts.

D. Al.-Adams und Plastik und Abrasio.

75. Th. H., Bauersfrau, VII P., 39 J.

Krankheiten: Lupus faciei.

Menses: 14. J., 4wöch., 8 T., stark.

6 Spont.-Geb., letzte Sept. 1906.

Klagen: Starke schmerzhafte Menstruation, Fluor, Obstipation.

1. VI. 07 (Nr. 465): Abrasio. Perineoplastik. Al.-Adams.

Post op.: Bezüglich des Stuhlgangs geringe Besserung. 1909 Partus, Mißgeburt. Menses: 4wöch., 3—4 T., etwas weniger stark, schmerzhaft. Letzte Per. Mitte Nov. 1910.

Nachuntersucht: 4. V. 11: Gravid. M. VI. Normaler Befund.

76. S. O., Heizersfrau, VI P., 34 J.

Menses: 19 J., 4wöch., 3 T., schwach, immer mit Leib- und Rückenschmerzen.

5 Spont.-Geb. 1901—8. Okt. 1906, jedesmal Fieber.

Klagen: Menses 4—12wöch., schwach mit Kopfweh, Schwindel, Leib- und Kreuzschm., Druck nach unten. — Urinbeschw., Vorfall nur im Wochenbett bemerkt.

22. V. 07 (Nr. 427): Abrasio. Kolpoperineplastik. Al.-Adams.

Post op.: Schm. geringer. Menses 3—6—12 wöch., 3 T., schwach mit Magenbeschw. Nervöse Beschw. gebessert. Bei Erkältung und Anstrengung Schm. in den Narben. Aug. 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht: 28. VI. 11: Vordere Vaginalwand taubeneigroß sichtbar. Fluor, minimale Erosio. Corpus uteri antefl., billardkugelgroß, kompressibel. Ligg. sehr schmerzhaft.

77. M. W., Kutschersfrau, I P., 30 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 4—5 T., stark.

Geburt: Nov. 1905 spont., Dammriß.

Klagen: April 1906 Blutung von 3 W. Dauer ohne Schm. Herzklopfen etc.

9. V. 06 (Nr. 340): Abrasio. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Menses regelm. 4wöch., 3—4 T., mittelstark. Nervöse Beschw. unverändert.

Nachuntersucht 16. VI. 11: Ut. hühnereigroß, derb, antefl., bewegl.

III. Gruppe: Orthopädisch gutes, funktionell schlechtes Resultat.

A. Alexander-Adams-Operation.

78. P. E., Näherin, I P., 40 J.

Hered.: Tbc. Das 8. von 14 Kindern.

Krankheiten: Scrofulose, Ulcera cruris, Lungenkatarrh.

Menses: 17 J., 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburt: 1892. Dammnaht.

Klagen: Seit 1906 krampfartige Schm. im Leib und Kreuz. Menses: 2—3wöch., sehr stark, schmerzhaft. Kopfschm. etc. Urinbeschwerden.

8. VIII. 07 (Nr. 702): Portio klein, ganz oben am vorderen Scheiden-

gewölbe. Ut. klein, derb, retrofl., wenig beweglich. Adnexe beiderseits fixiert. — Al.-Adams. Stumpfe Lösung der Adnexe.

Post op.: Besserung bis zum Frühjahr. Dann arbeitsunfähig, meist bettlägerig: Offenes Bein, Caries der Handwurzelknochen, Katarrh, Husten, Nachtschweiße.

11. XI. 1910 (Nr. 774): Schmerzen schlimmer als ante op. In den Leistengegenden Gefühl der Spannung, als ob etwas bersten wolle. Ut. antefl., gänseeigroß. Diagnose: Metroendometritis. Leistenhernie links. — Radikalop. der Hernie nach Bassini.

Jetzige Klagen: Kreuz- und Leibschm., Angstzustände und Kopfschm., eitriger Ausfluß, Menses 2—3wöch., 5 T., sehr stark und schmerzhaft. Schmerzen bes. in der l. Narbe.

Nachuntersucht 26. IV. 11: Kein Desc. Erosio. Ausfluß. Ut. antefl., bewegl., gänseeigr. Adnexe und Ligg. o. B.

79. K. R., Taglöhnersfrau, IV P., 38 J.

Hered.: Tbc.

Menses: regelm., schwach, ohne Beschwerden.

4 Geburten: 1898—1904.

Klagen: Sehr lange Zeit vor der Op. Schm. r. h. im Leib und Rücken, die anfallsweise auftreten; gleichzeitig Urin blutig, Wasserlassen schmerzh.

5. VII. 06 (Nr. 511): Al.-Adams.

Post op.: Die Schmerzanfälle ganz unbeeinflußt. Menses mehrmals ausgeblieben, in letzter Zeit 4 wöch., stark.

Nachuntersucht 27. IV. 11: Undeutlicher Tumor der r. Nierengegend. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., über hühnereigroß. Perioophoritis rechts. Rechtes sacrout. sehr stark empfindl., verkürzt. Diagnose der Med. Polikl.: Nephrolithiasis.

80. M. M., Schneiderin, 0 P., 31 J.

Hered.: Nervenkr.

Krankheiten: Bleichsucht, Lungenentzdg., Blinddarmentzdg.

Menses: 14 J., 3wöch., 4—5 T., mittelstark mit starken Leibschm.

Beruf: 15.—23. J. Dienstmädchen; dann Schneiderin. Betrachtet das viele Stehen als Ursache ihrer Beschwerden.

Klagen: Seit dem 23. J. (1903) Menses 2—3—4wöch., sehr stark, mit heftigen Leibschm. 1903 Curettage, ohne Erfolg. Druck nach unten, Ausfluß, Kopfschm. und viele andere nervöse Beschw.

28. VI. 04 (Nr. 388): Al.-Adams.

Post op.: Ganz kurze Zeit Besserung, dann Verschlimmerung. Menses unregelm. und schmerzhaft. Häufig Ohnmachten und Erbrechen etc.

Nachuntersucht 1. V. 11: Unterernährung, Anämie, Hysterie. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß. Adnexe o. B.

81. A. H., Kanzlistenfrau, I P., 40 J.

Hered.: Tbc. Nervenkr.

Krankheiten: Bleichsucht. Immer nervös und schwächlich. Seit dem 26. Jahre Leistenbruch.

Menses: 18 J., setzte 1 Jahr aus, dann 4wöch., anteponierend, 2—3 T., mittelstark, mit Leibkrämpfen.

Geburt: 1902 Steißlage, Dammriß, seitdem „Vorfall".

Klagen: Seit dem Partus keine Leibkrämpfe mehr, dagegen Kopfschm., Druck nach unten, Erbrechen, Obstip. Anfang 1906 wegen Erregungsanfall 10 W. in der Psychiatr. Klinik behandelt (Manisch-depressives Irresein). Menses 3wöch., 2—3 T., mittelstark.

13. VII. 06 (Nr. 540): Al.-Adams. Hernienoperat. Tubensterilisation.

Post op.: Menses unverändert. Schm. in der l. Al.-Adams-Narbe. Erbrechen, Kopfweh, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Urinbeschw., Ausfluß, Kreuzschm., Obstipation.

Nachuntersucht 2. V. 11: Infantilistische und Degenerationszeichen. Hernienrecidiv links. Walnußgroßer Desc. bd. Vaginalwände. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß. Ovarien unter der Spinallinie.

82. K. B., seit 1905 verh. W., Taglöhnersfrau, IV P., 35 J.

Krankheiten: 1902 Brustfell- und Lungenentzündung.

Menses: 16 J., 4wöch., 5 T., mittelstark.

Geburt: 1899 spont.

Klagen: Seit 1902 lästiger, eitriger Ausfluß, Kopfschm. und Druck im Unterleib bei der Periode.

20. II. 04 (Nr. 127): Al.-Adams.

Post op.: Druck nach unten ein wenig gebessert. Ausfluß zunächst unverändert, erst 1905 nach dem Wochenbett verschwunden. 1908 Stirnhöhleneiterung. 1909 Spont.-Geb., Fieber. Menses regelm. mit Kopfschm. Magenkrämpfe. In den Schwangerschaften stets Schm. in den Narben. Letzter Partus Nov. 1910.

Nachuntersucht 6. V. 11: Infantilist. Zeichen. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

83. E. J., Aufsehersfrau, III P., 50 J.

Menses: 16 J., vom 17. J. an 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

3 Geburten, 1886—90.

Klagen: Krämpfe in der Magengegend und im Rücken, Kopfschm. mit Erbrechen, Kreuzschm., bei der Per. verstärkte Bangigkeit.

12. VI. 06 (Nr. 449): Al.-Adams.

2. VII. 06: Wegen häufigen Erbrechens in die Mediz. Klinik verlegt. Diagnose: Enteroptose und Gastrektasie. Ren mobilis.

Post op.: 1/4 Jahr mit Kopfschm. zu Bett gelegen. Nach und nach Besserung der Magenbeschw. Seit März 1911 wieder verschlimmert. Kreuz- und Rückenschm. unverändert. Seit 1 Jahr Menopause. Schm. in der r. Al.-Adams-Narbe.

Nachuntersucht 9. V. 11: Hysterie. Enteroptose. Minimaler Desc. Ut. antefl., bewegl.

84. E. B., Schmiedsfrau, II P., 33 J.

Krankheiten: Pleuritis.

Menses: 18 J., 4wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: Mai 1901 Abort, danach Magenkrämpfe und Darmentzdg. 1902 Spont.-Geb., Fieber.

Klagen: Seit der Heirat 1901 Menses 3wöch., 14 T., stark und schmerzhaft; seit 1904 wieder 4wöch., 3—4 T., mit Kreuzschm., Unterleibsschm., Druck nach unten, Ausfluß, Blasenbeschw., Obstipat., Kopfweh, Herzklopfen etc.

1. IV. 05 (Nr. 244): Herzaktion unregelm., 1. Herzton unrein. Ut. nicht vergr., retrofl. — Al.-Adams.

Post. op.: Menses 3wöch., 3—4 T., mittelstark, mit Schm. im Kreuz und Unterleib. Ausfluß, Druck nach unten bei der Per. und schwerer Arbeit. Kopfweh etc., Blasen-, Magen- und Darmbeschwerden, Schm. in der r. Narbe.

Nachuntersucht 11. V. 11: Neurasthenie. Bandverdickung rechts. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

85. K. G., Schuhmachersfrau, IV P., 41 J.

Hered.: Nervenkrankheiten.

Krankheiten: Magengeschwür.

Menses: 15 J., 3wöch., 3 T., schwach.

Geburten und Klagen: 4 Geb. 1891—1901, stets starker Blutverlust und Fieber. Im 1. Wochenbett Eierstockentzdg., seitdem Per. stärker und schmerzhaft. 1894: 4 Wochen nach der 3. Geburt begannen Blutungen, die 13 W. anhielten. Wegen Rfl. Ring eingelegt. Nach der letzten Geburt 1901 1/4 Jahr gelegen wegen Unterleibsschm., seitdem stechende Schm. rechts im Bauch, Kreuzschm., Druck, Ausfluß, Magendrücken, Blasenbeschw., Obstipat., Kopfweh, Herzklopfen etc. Der Ring verursachte Schm. beim Stuhlgang.

4. XI. 04 (Nr. 588): Al.-Adams.

Post op.: Verschlimmerung der Schm. Menses 3wöch., 3 T., stark. Nervöse Beschw. unverändert. Blasen- und Magenbeschw., Schm. in der Narbe bei Wetterwechsel.

Nachuntersucht 12. V. 11: Neurasthenie. Cystocele. Ut. antefl., bewegl., gut hühnereigroß.

86. M. F., Schuhmachersfrau, III P., 44 J.

Hered.: Geisteskr. Das 8. von 12 Kindern.

Menses: 17 J., 1 Jahr aussetzend, dann 4wöch., 3 T., schwach.

3 Geburten. 1890—95.

Klagen: Seit 1905 Per. schmerzhaft. Schm. im Kreuz, in beiden Seiten, im Leib, in der Magengegend, Erbrechen, Kopfweh, Schwindel etc. Blasenbeschwerden.

20. II. 06 (Nr. 153): Al.-Adams.

Post op.: Zunächst kein Erfolg. 1907 wegen Gallensteinleiden in ärztl. Behandlung. Nachdem die Gallensteine abgegangen waren, Besserung aller Beschwerden, nur bei der Per. zuweilen noch Kreuzschm. und die nervösen Beschw. wie vorher.

Nachuntersucht 16. V. 11: Kein Desc. Ut. gut hühnereigr., antefl. Lig. sacrout. starr, infiltriert.

87. A H., Bauerstochter, 0 P., 33 J.

Menses: 15 J., 4—6—8 wöch., mittelstark.

Klagen: Profuse, unregelm., schmerzhafte Menstruation seit Jan. 1904.

21. VI. 1904 (Nr. 378): Ut. retrovertiert, Fundus fixiert. Endometritis — Abrasio. — Danach Menses wieder weniger stark, aber immer unregelm. Schm. im Kreuz und Unterleib.

1. VII. 07 (Nr. 555): Ut. retrofl., bewegl. — Al.-Adams. Lösung von Verwachsungen an der Hinterwand des Ut. vom Leistenkanal aus.

Post op.: Keine Besserung.

Nachuntersucht 25. IV. 11: Tiefe Stimme, starke Behaarung. Obstipation. Bandverdickung. Ut. antefl., beweglich, hühnereigroß.

88. Fr. K., Dienstmädchen, 0 P., 39 J.

Menses: 4 wöch., postponierend, 5 T., stark, seit 1906 alle 14 Tage, eine Woche dauernd, mit Schm. im Kreuz und der r. Unterleibsseite.

30. XI. 06 (Nr. 812): Al.-Adams.

Post op.: Kurze Zeit Besserung, dann alles wie vorher.

8. III. 07: Klagt über Kopfschm., Verwirrtheit. Ut. liegt tadellos. Ad internos.

6. XI. 09: Schm. in der Blinddarmgegend. — Menses unregelm., 14 T. dauernd, stark, mit sehr heftigen Kreuz- und Leibschm. Obstip. — Ut. antefl., bewegl., hühnereigr. Bandverdickung. — Ad. Chirurgos.

Nachuntersucht 15. IV. 11: Neurasthenia gravis, Obstipation. Ut. retrofl., bewegl., gänseeigr.

Hier zeigt sich deutlich, daß das Recidiv, das mehr als 3 J. post op. auftrat, nicht die Ursache der Beschwerden ist!

89. V. Sch., Sägereibesitzersfrau, V P., 50 J.

Hered.: Nervenkr.

Krankheiten: 20jähr., im Lehrerinnenseminar (Kloster) an Nervenleiden und Bleichsucht erkrankt. Durch den 1898 (36jähr.) bei einem Brand erlittenen Schrecken neue Erkrankung: „Unterleibsleiden und Schwermut.“ Wegen Melancholie zuerst in der Nervenkl., dann in Badanstalten behandelt.

Menses: 17 J., 3 wöch., 3 T., mittelstark.

Geburten: 1886 (25 J.) Abort. Dann 4 normale Geb., letzte 1903.

Klagen: Seit 1898 (Brand) dauernd Schm. im Bauch und Kreuz, Druck nach unten, Ausfluß, Kopfweh, Husten, „der von der Gebärmutter ausgeht", Blasenbeschw., Obstipation.

3. XII. 04 (Nr. 660): Ut. groß, derb, retrofl. Reposition in Narkose, Ring. Pat. konnte wieder arbeiten, kam aber wegen der Schm. im Bauch und Kreuz wieder.

11. V. 06 (Nr. 349): Ut. nicht vergr., retrofl., bewegl. — Al.-Adams.

Post op.: Nicht mehr arbeitsfähig. Durch die Op. sei ihr „der Lebensfaden abgeschnitten worden". Verschlimmerung aller Beschwerden, dazu ungezählte neue. Oefters Schwermut. Schm. in den Narben „wie mit Messern". Menses 3—4 wöch., 2—3 T., mittelstark.

Nachuntersucht 7. VI. 11: Enorme Adipositas, Hysterie und Depression. Desc. beider Vaginalwände. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

90. M. K., Taglöhnersfrau, I P., 44 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 16 J., 4 wöch., 4—5 T., mittelstark, vom 20. J. an mit Leibschmerzen.

Geburt: 1899 Zange, Kind †.

Klagen: Seit der Geburt Kreuzschm., Blasen- und Stuhlbeschw., Ausfluß, Erbrechen, Kopfweh, Herzklopfen etc.

2. V. 03 (Nr. 211): Al.-Adams.

Post op.: ½ Jahr lang Besserung, dabei Leib sehr aufgetrieben, daß sie sich für schwanger hielt. Dann wieder Beschwerden, Schm. stärker als vorher. Schm. in den Narben und im Leib. Gebessert nur die Schm. beim Stuhlgang.

Nachuntersucht 4. VII. 11: Ut. antefl., billardkugelgr., Portio hypertr. Erosio, Ausfluß, Bandverdickung.

91. M. R., Haushälterin, II P., 49 J.

Krankheiten: Lungenspitzenkatarrh, Kehlkopfentzdg., gastrische Fieber, Beingeschwüre, sehr nervös.

Menses: 16½ J., 4 wöch., 4—5 T., mittelstark.

Geburten: 1888 und 94 Spont.-Geb., Fieber.

Klagen: Unterleibs- und Kreuzschm., Druck, Ausfluß, Urinbeschw., Obstipat., Uebelkeit, Kopfweh etc.

23. III. 04 (Nr. 185): Al.-Adams.

Post op.: invalide. Nervöse Beschw. verstärkt. Menses unregelm. mit Leibkrämpfen.

Nachuntersucht 10. VII. 11: Adipositas, Hängebauch. Ut. klein hühnereigr., antefl.

92. E. Sch., Bauersfrau, IX P., 50 J.

Hered.: Tbc., Geisteskr.

Krankheiten: Mußte im 22. Jahr ihren Dienst als Bauernmagd aufgeben wegen „Nervenanfällen“ mit Verwirrtheit. Mit 28 J. 8 T. r. gelähmt infolge eines Blitzschlags.

Menses: 18 1/2 J., solange Bauernmagd nur im Winter. Erst seit der Verheiratung (27 J.) 4wöch., 2—3 T., sehr stark.

Geburten: 1889 nach dem Blitzschlag Abort. Bis 1899 7 Geburten.

Klagen: Seit „der Blitz in ihre Gebärmutter fuhr und sie umwarf (1889) nerven- und unterleibsleidend“, Ausfluß, Blasenbeschw., Obstip., Kopfweh, Schwermut etc. Seit dem letzten Wochenbett (1899) Drängen nach abwärts, Schm. im Leib und Kreuz.

1901 (Nr. 25) Diagnose: Rfl. ut. mob., Hysteria gravis. — Al.-Adams.

Post op.: 1902 Abort. Steigerung der nerv. Beschw., Urin- und Magenbeschw., Obstipation. Menses 2—7 wöch., 3—6 T., mittelstark. Pat. kommt spontan, weil sie meint, die Gebärmutter sei wieder umgefallen, zugleich hat sie große Angst vor dem Irrenhaus. Sie magere durch den starken Ausfluß ab.

Nachuntersucht 29. VII. 11: Sehr schlechter Ernährungszustand. Anämie, Enteroptose. Konstitutionelle Neurasthenie mit hypochondrischen und melancholischen Zügen. Beide Vaginalwände pflaumengroß sichtbar. Ut. antefl., billardkugelgr., Adnexe o. B., Bandverdickung links.

93. K. G., Bauerstochter, 0 P., 31 J.

Menses: 15 J., 8—10—11 wöch., 4—5 T., stark, immer mit Leibkrämpfen und Rückenschm. Seit 1904 4—5 wöch., 2—3 T., sehr schmerzhaft.

Klagen: Dysmenorrhoe und nerv. Beschw.

18. XII. 06 (Nr. 881): Dilatation. Al.-Adams.

Post op.: Menses 3—5 wöch., 5 T., stark und schmerzhaft. Nerv. Beschw., jetzt auch Magenbeschw., Obstip., Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 9. V. 11: Unterernährung. Infantile Zeichen. Arhythmie. Ut. antefl., beweglich, hühnereigroß.

B. Alexander-Adams und Abrasio.

94. W. Sch., Schneidersfrau, II P., 36 J.

Kindheit: Zwilling, nicht gestillt. Geschwüre.

Menses: 18 J., 4wöch., 3—4 T., mittelst. mit Leibschm.

Geburten: 1903 spont.

Klagen: Seit Heirat (27 J.) unterleibsleidend. Menses 2—3 wöch., 6 T., sehr stark und schmerzhaft. Seit der Geburt seien auch die Nerven schlecht. Kopfweh, Schwäche, Druck auf Herz und Magen. Urinbeschw., Obstip., Druck, Ausfluß.

23. II. 05 (Nr. 132) Diagnose: Rfl. ut. mob. Endometritis. Neurasthenie. — Al.-Adams. Abrasio.

Post op.: invalide. Angeblich seit Op. Vorfall. 1910 Spont.-Geb.

Menses 3 wöch., 8 T., stark, Kreuz- und Leibschm., Ausfluß, Kopfweh, Schwindel, Parästhesien, Uebelsein etc.

Nachuntersucht 18. VII. 11: Schlechter Ernährungszustand, Anämie. Spitzenaffektion, Rentenneurose. Kein Desc. Ut. antefl., beweglich, hühnereigroß.

95. E. Sch., Köchin, 0 P., 36 J.

Menses: 17 J., 2—3 wöch., 6—10 T., stark, mit Leibschm.

Klagen: Schm. im Kreuz und auf der r. Bauchseite, Ausfluß, Obstip., Kopfweh etc.

26. II. 06 (Nr. 178): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Keine Besserung. Menses sehr stark und sehr schmerzhaft. Ausfluß, Kopfweh, Magenbeschw. etc.

Nachuntersucht 12. VI. 11: Hochgradig anäm. und neurasthen. Pat., in Behandlung wegen Ulcus ventriculi. Nullipara deflorata. Kein Desc. Scheide gekörnt. Ut. antefl., bewegl., hühnereigr.

96. M. R., Taglöhnersfrau, VI P., 34 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Chlorose, Appendicitis, Diphtherie.

Menses: 21 J., anfangs alle 14 T., 5—6 T. stark mit Leib- und Rückenschmerzen, später 3 wöch. bis zu 2 W. dauernd.

Geburten: 4 spont. (1900—05) mit starken Blutungen und Fieber.

Klagen: Schm. im Leib und Kreuz, Druck, Ausfluß. Kopfweh, Herzklopfen, Mattigkeit.

8. VII. 07 (Nr. 572): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Menses 2 wöch., 6—7 T., stark, schmerzhaft. Ohnmachtsanwandlungen, Kurzatmigkeit. Schm. in den Narben. 1909 u. 10 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 13. V. 11: Anämie. Hysterie. Alte Spitzenaffektion. Ut. antefl., bewegl., über hühnereigr. Erosio. Ovarien sehr klein.

97. R. M., Schreinersfrau, VII P., 41 J.

Hered.: Tbc. Eltern blutsverwandt.

Menses: 15 J., 4 wöch., 3 T., schwach.

Geburten: 1900 Spont.-Geb., manuelle Plac.-Lösung, 1901 Frühgeburt, Plac.-Lösung. 1902 und 1903 Abort.

Klagen: Seit 1903 arbeitsunfähig. Kreuzschmerzen. Druck, Ausfluß, Kopfweh, Uebelkeit, Schm. im Epigastrium.

26. VI. 03 (Nr. 350): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Kein Unterschied, dazu Schm. in den Narben. 1905—09 3 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 13. V. 11: Unterernährung. Walnußgr. Cystocele. Hämorrhoiden. Ut. antefl., hühnereigr., bewegl.

98. M. H., Bahnwärtersfrau, VI P., 38 J.

Menses: 17 J. Anfangs selten, später 4 wöch., 6—7 T., mittelstark.

Geburten: 4 spont. 1894—1905. 1906 Abort.

Klagen: Dysmenorrhoe seit dem 1. Wochenbett. Kreuzschm., Druck nach unten. Seit dem Abort nervöse Beschw.

25. VII. 06 (Nr. 567): Abrasio. Al.-Adams.

Post. op.: Periode von kürzerer Dauer, die Beschw. verschlimmert. 1908 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 12. V. 11: Adipositas. Neurasthenie. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigr.

99. M. M., Zimmermannsfrau, Hebamme, IV P., 37 J.

Krankheiten: Wegen Eiterung im Ohr operiert. Polypen am Stimmband. Rheumatismus. 1901 Strumaop. 1903 Pleuritis.

Menses: 13 J., 4wöch., 2—3 T.

Geburten: 4 spont. 1895—98.

Klagen: Seit 1901 Menses 2—3wöch. bis 14 T. dauernd, sehr stark und schmerzhaft. Febr. 05 Abrasio, kurz dauernde Besserung. Außerdem Erbrechen, Kopfweh, Rücken- und Kreuzschm., Druck nach unten.

31. V. 05 (Nr. 396): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Menses 2—4wöch., 8—10 T., mittelstark, sehr schmerzhaft. Ausfluß, Kreuz- und Leibschm., Erbrechen, Blasen und Stuhlbeschw. Kopfweh und Angstgefühle etc.

Nachuntersucht 10. V. 11: Anämie. Unterernährung. Struma. Hysterie. Geringer Desc. beider Vag.-Wände. Ut. antefl., derb, bewegl., hühnereigr. Fluor. Ovarien auf Druck empfindl., bei Ablenkung nicht.

C. Alexander-Adams und Plastik.

100. E. D., Fabrikarbeitersfrau, VIII P., 54 J.

Menses: 12 J., vom 13. J. an 4wöch., 3 T.

Geburten: 7 spont. und 1 Abort. 1884—93.

Klagen: Seit 1900 Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Magen- und Blasenbeschw., Obstip., Kopfweh.

2. II. 05 (Nr. 80): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: 1 Jahr lang spannendes Gefühl, daß Bücken unmöglich war. Beschwerden unverändert, seit der Menopause (1908) verschlimmert.

Nachuntersucht 4. V. 11: Adipositas. Neurasthenie. Infantile Zeichen. Scheidengewölbe senil. Ut. antefl., pflaumengroß.

101. M. B., Bauersfrau, II P., 29 J.

Hered.: Tbc. — Zwilling.

Menses: 20 J., 4wöch., 3—4 T., mittelst.

Geburten: 1905 und 06 spont.

Klagen: Seit der 2. Geburt Schm. im Unterleib und Kreuz, Druck nach unten, Ausfluß. Obstip. Kopfweh etc.

3. VIII. 06 (Nr. 579): Plastik. Al. Adams.

Post op.: Keine Periode, alle 4 W. Schwindel und verstärkte Schm. r. im Unterleib.

3. XII. 06: Normaler gynäk. Befund, wegen zahlreicher neurasthen. Beschw. einem Nervenarzt zugewiesen. — Menses 5—8 wöch., 2—8 T., mittelst., Schmerzen bis 1908 gebessert, dann Verschlimmerung aller Beschw. Ausfluß, Druck etc. 1910 Magengeschwür, dann 7 W. in einer Nervenkl.

Nachuntersucht 10. V. 11: Anämie. Unterernährung. Neurasthenie. Damm muldenfg. eingezogen, Ut. antefl., bewegl., unter hühnereigroß, Ovar. sehr klein, tiefstehend.

102. M. B., Schneidersfrau, V P., 40 J.

Hered.: Mutter an Ca. ventriculi †.

Menses: 15 J., 4wöch., 4—5 T., stark.

Geburten: 1903 Abort, 1904 Steißlage, 1905 spont.

Klagen: Seit 1905 Vorfall, dauernd Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß. Obstip. Kopfweh, Herzkl., Erbrechen.

28. XI. 06 (Nr. 813): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Schwäche, Nervosität, Magenleiden. Immer Schmerzen im Leib und Kreuz. 1908 Spont.-Geb. Endometritis post partum. 1910 Geb. M. VIII.

Nachuntersucht 10. V. 11: Sehr anäm. Pat. in sehr schlechtem Ernährungszustand. Infant. Zeichen. Geringe Cystocele. Ut. antefl., bewegl., derb.

103. R. S., Maurersfrau, II P., 33 J.

Krankheiten: Mit 8 J. Bauchfellentzdg., Bleichsucht. Seit dem 20. J. Ohren- und Halsleiden. Seit 1903 (26 J.) links Leistenhernie.

Menses: 17 J., vom 18. Jahr an 4wöch., 5—6 T., stark.

Geburten: 1. III. 05 spont. Dammriß.

Klagen: Seit dem Wochenbett fortdauernd bettlägerig wegen Schwäche, Kopfweh, Schwindel. Schmerzen im Kreuz und Leib, Druck nach unten, Ausfluß. Menses 3wöch. mit Rückenschm. Durch Ring Obstip.

11. X. 05 (Nr. 619): Kompensierte Mitralinsuff. — Plastik. Al.-Adams. Radikalop. der l. Leistenhernie.

Post op.: 2 J. lang Schm. überall. 1907 Zange, in der Schwangerschaft Wohlbefinden, post partum Verschlimmerung. Seit der Op. sehr aufgeregt, Müdigkeit, Schwindel etc.

Nachuntersucht 13. V. 11: Mitralinsuff. Neurasthenie. Links Leistenhernie. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

104. G. S., Fabrikarbeitersfrau, X P., 41 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 5 T., stark.

Geburten: 1898 Zange, seitdem Vorfall. Dann bis März 1907 3 Spont.-Geb. und 4 Frühgeb.

Klagen: Druck nach unten, Obstip. Kopfweh, Schwindel.

19. VII. 07 (Nr. 626): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Menses 3 wöch., stark, mit Leib-, Kreuz- und Kopfschm., Schwindel und Schwäche. 1909 und 10 Spont.-Geb. Seitdem wieder Vorfallbeschw. und Kreuzschm.

Nachuntersucht 13. V. 11: Geringe Cystocele. Ut. tiefstehend, antefl., bewegl., hühnereigroß.

105. M. K., Maurersfrau, VII P., 47 J.

Hered.: Eltern blutsverwandt. Nervenkr. Vater an Rectum-Ca. †.

Menses: 19 J., 4wöch., 8 T., stark mit Uebelkeit und Leibschm.

Geburten: 6 spont. 1892—1904. Abort 1905.

Klagen: Seit 1901 Vorfall, der bei der Arbeit störte, Druck nach unten, Ausfluß. Seit dem Abort Brennen im Unterleib und Obstipation, Erbrechen, Kopfweh, Schwindel.

27. I. 06 (Nr. 66): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Kein Unterschied. 1907 Abort, starke Blutung, seitdem Besserung der Unterleibsschm. Bei der Periode bettlägerig. Nerv. Beschwerden unverändert.

Nachuntersucht 22. V. 11: Ut. antefl., hühnereigr. Kein Desc.

106. M. H., Schreinersfrau, III P., 42 J.

Menses: 16 J., 4wöch., anteponierend, 3—6 T., mittelstark.

Geburten: 1900 und 1902 Spont.-Geb.

Klagen: Vorfall, Kreuzschm., Druck, Obstip., Kopfweh, Herzklopfen etc., Ausfluß.

16. VI. 03 (Nr. 323): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Vorfall kommt nicht mehr so weit heraus, sonst kein Unterschied. 1904 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 14. VI. 11: Walnußgr. Cystocele. Ut. antefl., bewegl., derb, hühnereigroß. Beide Ovar. in der L. term.

D. Alexander-Adams und Plastik und Abrasio.

107. M. O., Bauersfrau, IX P., 38 J.

Krankheiten: 1904 Typhus.

Menses: 16 J., 4 wöch., 3—4 T., mittelstark.

Geburten: 7 spont. 1897—1905.

Klagen: Seit dem 7. Partus Periode alle 10—14 T. bis 3 W., 6—10 T. lang und sehr schmerzhaft. Auch sonst Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß, Wallungen, Frösteln etc.

25. V. 06 (Nr. 403): Abrasio. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Menses 4wöch., schwach. Druck nach unten behoben. Dagegen Kreuz- und Leibschm. wie vorher, dazu Kopfschm., Ohnmachten, Herz- und Magenbeschwerden. 1908 und 1910 Spont.-Geb. Letzte Periode Jan. 1911.

Nachuntersucht 29. IV. 11: Anämie, Enteroptose, Hysterie. Graviditas M. IV. Normaler Befund.

108. B. Sch., Reisendensfrau, VII P., 43 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 4—5 T., stark, seit der Verheiratung (20 j.) schmerzhaft.

7 Geburten, 1888—1902. I. und II. Partus spont., III. Abort. artefic. wegen Magenbluten und Hyperemesis, IV. Totgeburt, Plac.-Lösung, V. Abort. artefic. wegen Hyperemesis, VI. und VII. spont. Während der letzten Schwangerschaft wegen Incarceratio uteri grav. retroflekt. behandelt.

Klagen: Menses: 3wöch., zuletzt starke Blutungen, 14 T. anhaltend. Kreuz- und Leibschm., Druck, Stuhlbeschw.

11. I. 06 (Nr. 20): Abrasio. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Verschlimmerung. Druck, Ausfl., Kreuzschm., Kopfweh, Brennen in den Narben, Ziehen in den Beinen etc. Menses 2—3wöch., stark und schmerzhaft.

Nachuntersucht 4. V. 11: Anämie. Hysterie. Geringer Desc. beider Scheidenwände. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

109. E. R., Fabrikarbeitersfrau, IX P., 39 J.

Hered.: Nervenkr. Das 16. Kind!

Menses: 18 J., 4wöch., 4—5 T., stark.

Geburten: 9 spont. 1894—1904. Die ersten 3 Kinder totgeboren. In den späteren Schwangerschaften bekam Pat. Jodkali. 2 Kinder starben an Pemphigus luet., 4 leben. In jeder Schwangerschaft tage- und wochenlang anhaltendes Erbrechen, das zu äußerster Erschöpfung führte.

Klagen: Seit 1902 heftiges Brechen und Herzklopfen während der Periode. Kreuzschm., Obstipation.

13. VII. 06 (Nr. 532): Abrasio. Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Kein Unterschied. Mai 1907 wegen heftiger Schm. operiert: Salpingoophorektomie wegen Pyosalpinx duplex. 1910 Schmierkur, danach Besserung.

Nachuntersucht 30. VI. 11: Pupillen von ungleicher Weite, lichtstarr. Kein Desc. Ut. antefl., bewegl., hühnereigroß.

IV. Gruppe. Orthopädisch schlechtes, funktionell gutes Resultat.

A. Alexander-Adams Operation.

110. M. H., seit 1906 verh. Sch., Bäckersfrau, II P., 31 J.

Menses: 15 J., 4—6wöch., 8 T., mittelst., vom 19. J. an mit Leibkrämpfen und Kreuzschm., sehr stark.

Klagen: Kreuzschm., Druck, Kopfweh etc., Magen-, Blasen- und Stuhlbeschwerden.

13. VII. 04 (Nr. 418): Al.-Adams.

Post op.: Sofort beschwerdefrei. 1907 und 1909 Spont.-Geb. Seit dem letzten Wochenbett wieder Dysmenorrhoe, Druck nach unten, Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 22. V. 11: Geringer Desc. bd. Vaginalwände. Ut. retrofl., bewegl., hühnereigroß.

111. A. H., seit 1909 verh. L., Bauersfrau, I P., 30 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 17 J., 4wöch., 4—5 T.

Klagen: Seit dem 20. J. Menses 3wöch., 4T., mit Druck nach unten. Ausfluß, Kopfweh etc. 1906 hat sich Pat. überhoben, seitdem Menses 2wöch., stark und sehr schmerzhaft.

13. II. 07 (Nr. 131): Al.-Adams.

Post op.: Menses 4wöch., 4T., mittelst., ohne Schm. 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 6. V. 11: Kein Desc. Ut. in toto rekliniert, beweglich, hühnereigroß.

112. V. H., Bäckersfrau, 0 P., 37 J.

Krankheiten: Bleichsucht, Lungenleiden, 1905 Unterleibs- und Darmentzündung.

Menses: 4wöch., 4—5 T., schwach.

Klagen: Seit 1904 steril verheiratet. Seit 1905 Kreuz- u. Leibschm.

4. I. 06 (Nr. 2): Ut. retrofl., läßt sich bei der Korpulenz der Pat. nur mühsam aufrichten und ist auch nach der Aufrichtung, wobei man das Gefühl des Einreißens von leichten Verwachsungen hat, nicht stark anteflektierbar. Al.-Adams. Bei Entlassung Ut. retrovertiert.

Post op.: Wohlbefinden.

Nachuntersucht 21. IV. 11: Scheidenschlußapparat gut. Ut. antefl., klein gänseeigroß.

113. C. M., Bauersfrau, V P., 35 J.

Menses: 17 J., 4wöch., 8 T., schwach.

Geburten: 1897 Zange.

Klagen: Seit der Heirat 1901 in der l. Seite und im Kreuz Schm., Uebelsein und Kopfweh.

16. V. 05 (Nr. 336): Al.-Adams.

Post op.: Keine Beschwerden. 4 Geburten.

Nachuntersucht 20. VI. 11: Ut. retrofl., wenig bewegl., hühnereigr., vom Rektum aus in Antefl. zu bringen, sinkt aber sofort zurück.

B. Alexander-Adams und Abrasio.

114. K. H., Händlersfrau, VI P., 38 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 18 J., 4wöch., 4 T., mittelstark, mit Kreuzschm. und Ziehen in den Beinen.

Geburten: 1901 und 1903 Aborte.

Klagen: Seit der Heirat 1911 Kreuz- und Rückenschm., Ausfluß, Obstipation.

16. V. 05 (Nr. 335): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Beschwerdefrei. 3 Geburten und 1 Abort. Menses ohne Schmerzen.

Nachuntersucht 27. IV. 11: Sphinkter ani sehr schlaff. Kein Desc. Ut. retrofl., schwer aufrichtbar. Ligg. verkürzt, empfindlich.

Daß die Pat. trotz des Recidivs der Rfl. beschwerdefrei blieb, läßt annehmen, daß die Beschw. vor der Op. durch die Endom. verursacht wurden.

115. M. B., Haushälterin, 0 P., 40 J.

Menses: 18 J., 4wöch., 3—4 T., stark, mit Leib- und Kreuzschm. Mit 19 J. Bleichsucht und Amenorrhoe.

Klagen: Seit 1903 Kreuz- und Unterleibsschm. bei körperl. Anstrengung. Druck nach unten, Ausfluß. Menses 2—3wöch., 4—5 T., stark, schmerzhaft. Obstip., Kopfweh, Herzklopfen etc.

12. I. 06 (Nr. 21): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: 2 J. lang beschwerdefrei, dann wieder Kreuz- und Leibschm. bei der Per. Menses 4wöch., 3—4 T., stark. Ausfluß, Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 4. V. 11: Kein Desc. Ut. tiefstehend in Streckstellung, sinistroponiert, hühnereigroß, Myomknollen.

C. Alexander-Adams und Plastik.

116. K. S., Wirtswitwe, III P., 43 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 17 J., 4wöch., 3 T., mittelstark. Während Pat. als Dienstmädchen in der Schweiz und in Amerika war, je halbjährl. Amenorrhoe.

Geburten: 1895 Abort, 96 Spont.-Geb., 98 Abort.

Klagen: Seit 98 Kreuzschm., Leibkrämpfe, Druck nach unten, Ausfluß, Obstip., Harnbeschw.

23. V. 05 (Nr. 373): Al.-Adams. Plastik.

Post op.: Sofort Wohlbefinden. Seit 1/2 Jahr Kreuzschm., Druck, Ausfluß, Obstip.

Nachuntersucht 5. V. 11: Kein Desc. Ut. tiefstehend, retrofl. sinistroponiert, unter hühnereigroß, läßt sich vom Rektum aus aufrichten.

117. H. R., Bauerswitwe, IV P., 50 J.

Krankheiten: Lungen- und Rippenfellentzdg. Von jeher gemütlich gedrückt.

Menses: 18 J., 4wöch., schwach, mit Kopf-, Leib- und Kreuzschm.

Geburten: 4 spont. 1894—1901.

Klagen: Durch kopfgr. Vorfall arbeitsunfähig. Kreuz- und Leibschm..

Druck nach unten, Ausfluß, Menses oft lange aussetzend, sehr schwach. Kopfweh, Herzklopfen, Erbrechen etc., Blasenbeschw., Obstip.

18. I. 05 (Nr. 36): Kolporrhaphia ant. et post. mit Excision eines Decubitalgeschwürs an der vorderen Vaginalwand (1901—04 Zwanck-Pessar getragen, beim Gehen sehr störend). Versuch, die Al.-Adamssche Op. auszuführen, mißlingt. Anschließend Pneumonie des r. Unterlappens.

Post op.: Cessatio mensium. Fast alle Beschw. beseitigt, dagegen viel Husten, Kopfweh, Erbrechen.

Nachuntersucht 11. V. 11: Emphysem und Bronchitis. Kein Desc. Scheidengewölbe sind abgeflacht. Ut. in Streckstellung, beweglich, pflaumengroß.

Vor der Op. handelte es sich teils um Prolaps, teils um klimakterische Beschwerden.

118. K. K., Kaufmannsfrau, II P., 43 J.

Menses: 17 J., 5—6 wöch., 6 T., mittelstark, anfangs mit Leibkrämpfen.

Geburten: 1895 Zange, 97 spont.

Klagen: 1899 wegen starker Kreuzschm. vom Arzt Ring eingelegt, danach verstärkte Schm. Menses 4 wöch., 3 T., mittelst., Ausfluß, Druck.

24. V. 05 (Nr. 369): Al.-Adams. Plastik.

Post op.: beschwerdefrei.

Nachuntersucht 15. V. 11: Kein Desc. Ut. retrovertiert, r. kindskopfgr., intralig. Myom. R. sacrout. fingerdick, kurz.

Da Pat. bei retrovertiertem Ut. myomatosus keine Beschw. hat, waren die Klagen vor der Op. lediglich von dem Prolaps abhängig.

119. M. G., Taglöhnersfrau, XIII P., 56 J.

Menses: 13 J., anfangs halbjährl., vom 15. J. an 4 wöch., 8 T., stark, mit starken Schm. im Unterleib.

Geburten: 13, darunter 10mal Forceps, letzte 1903.

Klagen: Seit der 1. Geburt Vorfall, Unterleibsschm., Druck nach unten, Ausfluß, Obstip., Kopfweh, Herzklopfen etc. Asthma.

22. VI. 05 (Nr. 439): Emphysem. Rfl. mob. Invers. vag. ant et post. Lipoma region. inguin. dextr. — Al.-Adams. Plastik, Exzision des Lipoms.

Post op.: Lokal beschwerdefrei. Seit ½ J. sehr viel Husten, seitdem kommt der Vorfall wieder heraus, Kreuzschm., Druck nach unten. Schm. in den Narben. Menopause seit 1908.

Nachuntersucht 7. VII. 11: Emphysem, Bronchitis, Unterernährung. Cystocele. Rfl. mob. ut. senilis.

C. Alexander-Adams, Plastik und Abrasio.

120. U. B., Wagnerswitwe, VII P., 43 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 16 J., 4 wöch., 4—5 T., mittelstark.

Geburten: 7 spont. 1893—1901.

Klagen: Seit 1901 Dysmenorrhoe, Druck nach unten, Kreuz- und Leibschm., Ausfluß, Obstip.

16. I. 05 (Nr. 31): Plastik. Al.-Adams. Abrasio.

Post op.: „beschwerdefrei". Seit 1 Jahr anstrengendere Arbeit, seitdem wieder Kreuzschm. — Dysmenorrhoe blieb bestehen, Magenbeschw.

Nachuntersucht 2. V. 11: Kein Desc. Ut. rfl., gänseeigr., derb, Erosio.

V. Gruppe: Orthopädisches Resultat schlecht, funktionell gebessert.

A. Alexander-Adams Operation.

121. R. B., Bauersfrau, VIII P., 34 J.

Hered.: Nerven- und Geisteskr.

Menses: 14 J., 4 wöch., 4—5 T., mittelst.

Geburten: 6 spont. 1899 bis März 1906.

Klagen: Im letzten Wochenbett Fieber, seitdem Unterleibsschm. Bei der Per. Mai 1906 starke Blutung. Schon früher bei der Arbeit Kreuzschm. und Druck nach unten, Ausfluß, Kopfweh, Erbrechen, Obstipat.

19. VI. 06 (Nr. 455): Al.-Adams. Während der Rekonvalescenz Lungenentzdg.

Post op.: Nerv. Beschwerden und Magenbeschw. wie ante op. Im übrigen Besserung bis zur nächsten Entbindung 1907. Dann wieder Kreuz- und Leibschm., Druck, Ausfluß. März 1911 Spont.-Geb. Schm. in der l. Narbe.

Nachuntersucht 20. V. 11: Schlechter Ernährungszustand. Infantile Zeichen, Neurasthenie. Narben o. B. Kleine Rektocele. Ut. retrofl., aufrichtbar, gut gänseeigroß, noch etwas weich. Beide ligg. verdickt.

122. Th. G., Maurersfrau, IV P., 37 J.

Hered.: Geisteskr.

Menses: 18 J., vom 19. J. 4 wöch., 8 T., mittelst., stets mit Leib- und Kreuzschm.

Geburten: 1899 spont.

Klagen: Schm. im Kreuz und Leib, bes. r. vom Nabel, Magendrücken.

26. V. 05 (Nr. 368): Al.-Adams. Vom linken Leistenkanal aus werden Adhäsionen stumpf gelöst.

Post op.: Heftige Schm. r. vom Nabel. Die übrigen Beschw. zunächst gebessert. 1906 und 07 Spont.-Geb. 1908 in der Ambulanz Rfl. mob. und Desc. vag. festgestellt. Herbst 1909 Abort. 1910 Klage über Druck, Stuhlbeschw., nerv. Beschw. etc. Per. ohne Schmerzen. Häufig plötzl. Schmerzanfall im Rücken und der r. Seite.

Nachuntersucht 17. V. 11: Verdacht auf Gallensteine. Walnußgr. Rekto- und Cystocele. Ut. retrofl., aufrichtbar, hühnereigroß, Bandverdickung.

123. B. S., Bauersfrau, 0 P., 32 J.

Menses: 16 J., 3—4 wöch., 4—5 T., mittelst., mit Rücken- und Leibschmerzen.

Klagen: Seit 1902 steril verh. Schm. im Kreuz und Unterleib, Druck nach unten, Kopfweh, Herzklopfen etc.

10. V. 04 (Nr. 254): Bei der Sondierung geht die stärkste Schrödersche Sonde leicht durch den äuß. und inneren Muttermund. Al.-Adams.

Post op.: Leibschm. gebessert, nerv. Beschw. geschwunden. Menses 3—4 wöch., mit geringen Kreuzschm. und Druck nach unten.

Nachuntersucht 11. V. 11: Damm kurz, muldenfg. Ut. retrofl., nicht recht aufrichtbar, pflaumengr., Ovarien bohnengroß.

124. M. W., Köchin, seit 1910 verh. K., 0 P., 31 J.

Menses: 17 J., 4 wöch., anteponierend, 5 T., mittelst., mit Rücken-, Leib- und Magenschm.

Klagen: 1903 durch schweres Heben während der Periode starke Schm. und heftige Blutung. Seitdem Kreuz- und Leibschm. und verstärkte Dysmenorrhoe.

25. I. 04 (No. 48): Al.-Adams.

Post op.: Schonung, 1 J. lang ging es ziemlich gut. Dann wieder heftige Rückenschm., mit Ring Besserung. Dysmenorrhoe wie vorher. Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 26. IV. 11: Zeichen von Infantilismus, Neurasthenie. Ut. retrofl., aufrichtbar.

31. X. 11. wird in der Ambulanz Gravid. M. V. festgestellt.

125. A. G., Zimmermannsfrau, IX P., 42 J.

Hered.: Tbc. und Nervenkr.

Krankheiten: 1894 Pleuritis. 1903 Exstirpation der l. Mamma (Ca?) 1904 Pleuritis.

Menses: 13 J., 4 wöch., 5—6 T., schwach.

Geburten: 9 spont. 1893—1904. Das 1. Kind epileptisch.

Klagen: Seit 1904 arbeitsunfähig durch Kreuzschm., Druck nach unten, krampfartige Unterleibsschm. Menses 3 wöch., mit Leib- und Kopfschm., Ziehen in den Beinen.

23. VII. 06 (Nr. 556): Al.-Adams.

Post op. kann Pat. wieder Hausarbeit verrichten.

Nachuntersucht 26. IV. 11: Neurasthenie. Desc. bd. Vaginalwände. Ut. retrovertiert, beweglich, gänseeigroß, Perioophoritis und Bandverdickung r.

126. R. F., Zimmermannsfrau, V P., 45 J.

Krankheiten: Typhus.

Menses: 17 J., 4 wöch., 5—6 T., stark, mit Leibkrämpfen.

Geburten: 5 spont., letzte 1902.

Klagen: Schm. im Kreuz und Unterleib, bes. Nachts, Uebelkeit. Menses unregelm. 14 T. dauernd, stark und schmerzhaft.

27. V. 05 (Nr. 349): Al.-Adams.

Post op.: 2 J. lang Besserung der Schm., Per. unbeeinflußt.

Nachuntersucht 15. IV. 11: Hängeleib. Nephroptose. Kleiner Desc. Beide Ligg. verdickt. Ut. retrofl., bewegl., derb, billardkugelgr.

B. Alexander-Adams und Abrasio.

127. N. M., Schäfersfrau, XIII P., 49 J.

Menses: 14 J., 4wöch., 3—4 T., stark.

Geburten: 13 spont. 1890—1903.

Klagen: Menses 2—3—4wöch., 1—8 T., sehr stark mit Kreuz- und Kopfschm. Schwindel. Druck nach unten. Ausfluß. Obstip. Magenbeschw.

20. XI. 05 (Nr. 698): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Menses regelm., stark, Schm. geringer, letzte Per. vor $^3/_4$ J. Schmerzen in den Narben, Kopfweh, Schwindel.

Nachuntersucht 14. VI. 11: Geringe Cystocele. Ut. retrovertiert, sehr derb, taubeneigr.

C. Alexander-Adams und Plastik.

128. L. H., Fuhrmannsfrau, VII P., 43 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 4—5 T., stark, gr. Müdigkeit.

Geburten: 5 spont. mit Fieber und 1 Frühgeb. 1892—1905.

Klagen: Seit dem 2. Wochenbett Vorfall. Druck, Ausfluß, Blasen-, Magen- und nervöse Beschw.

29. XI. 05 (Nr. 726): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Bedeutende Besserung bis zur Geburt 1907. Seitdem Kreuzschm., Druck, Ausfluß. Nerv. Beschw. verschlimmert.

Nachuntersucht 20. V. 11: Ut. retrofl., derb, gut hühnereigr., leicht aufrichtbar.

129. S. V., Bauersfrau, II P., 44 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 21 J., 4wöch., 4—5 T., schwach.

Geburten: spont. 1899, Frühgeb. (Pneumonie) 1901.

Klagen: Vorfall, Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Obstip., Blasenbeschw. Seit 1901 starke und schmerzhafte Menstruation; Kopfweh, Herzklopfen etc. Dez. 1903 4wöchentl. Blutung.

9. II. 04 (Nr. 99): Plastik. Al.-Adams.

Post op.: Kein Unterschied, doch ist Pat. zufrieden, weil der Vorfall nicht mehr heraustritt. Menses 2—3—4wöch., sehr stark und schmerzhaft.

Nachuntersucht 28. VI. 11: Ut. retrofl., billardkugelgr., nicht zu heben, nicht nach vorn zu bringen.

130. K. L., Schneidersfrau, VIII P., 40 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: 1897 lungenkrank.

Menses: 16 J., 4wöch., 8 T., stark.

Geburten: 5 spont. und 4. II. 06 Zange mit hohem Scheidendammriß.

Klagen: Vorfallbeschw., Kreuzschm.

25. IV. 06 (Nr. 300): Al.-Adams. Plastik. 12. V. Entlassen. Ut. retrofl.

Post op.: Zunächst Besserung. Im Nov. Schm. im Bauch, Kreuz, Rücken, die sich im Jan. verstärkten.

4. II. 07.: Ut. orangegroß, antefl., weich, bewegl. Beide Ligg. verdickt. Diagnose: Molimina gravid. Allmählich Besserung. Aug. 1907 Spont.-Geb. 1910 Perforation. Seitdem Kreuzschm. Jan. 1911 vom Arzt Ring eingelegt.

Nachuntersucht 25. IV. 11: Plattrhachit. Becken. Kein Desc. Ring entfernt. Ut. auch ohne Ring antefl. Schwächl. Constitution, systol. Geräusch, links Spitzenaffektion.

D. Alexander-Adams und Plastik und Abrasio.

131. P. Sch., Malersfrau, V P., 34 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 19 J., 3—5 W., 6—7 T., stark.

Geburten: 3 spont.

Klagen: Seit der letzten Geburt 1903 Menses 3wöch., 6—7 T., sehr stark, Schm. im Unterleib, Kreuz und Beinen.

12. II. 05 (Nr. 34): Plastik. Abrasio. Al.-Adams. Bei der Entlassung Ut. retrofl.

Post op.: 1 Jahr lang Wohlbefinden, dann wieder Dysmenorrhoe. 1906 und 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 25. IV. 11: Endometritis. Bandverdickung links. Ut. antefl., hühnereigr., bewegl.

VI. Gruppe: Orthopädisches und funktionelles Resultat schlecht.

A. Alexander-Adams Operation.

132. M. St., Taglöhnersfrau, X P., 51 J.

Menses: 15 J., 4wöch., 4—5 T., stark mit Schm. im Unterleib und Kopfweh.

Geburten: 8 (Querlagen. Gesichtslagen etc.) 1887—96. 2 fieberhafte Aborte, der letzte 1901.

Klagen: Seit dem 2. Wochenbett angebl. Vorfall, der beim Arbeiten und Gehen störte. Schmerzen im Kreuz und links unten im Leib. Druck nach unten. Ausfluß, Kopfweh, Schwindel, Herzklopfen, Magenbeschw.

2. I. 1905: Ut. retrofl. Fluor. Behandlung mit Ichthyol-Tampons. Bettruhe. Aufrichtung in Narkose. Ring. Gebessert.

2. V. 06 (Nr. 318): Die gleichen Beschwerden. Al.-Adams. Bei der Entlassung Ut. retrofl. Corpus ganz nach links gelegen.

Post op.: Der Vorfall sei verschwunden, aber alle andern Beschw. genau die gleichen. Dauernd Rückenschm. Beschwerden beim Wasserlassen, Obstip. Menopause seit 2 J.

Nachuntersucht 15. V. 11: Adipositas. Pleurit. Schwarte. Desc. beider Vaginalwände. Hämorrhoiden. Ut. klein, bewegl., retrovertiert.

133. M. H., Taglöhnersfrau, 0 P., 38 J.

Krankheiten: 1902 Darmentzdg., danach öfters Unterleibsentzdg.

Menses: 18 J., 4wöch., 4—5 T., schwach, mit starken Leib- und Kreuzschm.

Klagen: Seit 1896 steril verh. Anfangs 1906 cessierten die Menses 7 W. Vom 20. Febr. an 7wöch. schwache Blutung. Nach 3 W. wieder 8 T. schwache Blutung. Druck nach u., Magen-, Blasen- und nerv. Beschw.

31. V. 06 (Nr. 424): Al.-Adams.

Post op.: Kurz dauernde Besserung. Nicht mehr arbeitsfähig. Menses 3—5 wöch., 4 T., schwach, schmerzhaft. Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Magenbeschw., Obstipat., Schm. in den Narben.

Nachuntersucht 2. V. 11: Infantilist. Zeichen, Neurasthenie. Kein Desc. Ut. kaum hühnereigr., retrofl. aufrichtbar, schnappt aber sofort zurück. Das l. Ovar. steht hoch oben. Bandverdickung links.

134. A. S., Schreinersfrau, II P., 40 J.

Menses: 17 J., 2—3 wöch., 8—12 T., stark, mit Leibschm., die sich nach dem 1. Wochenbett verstärkten.

Geburten: 1897 Spont.-Geb. Fieber. Die Gebärmutter sei damals gesunken und an die Därme angewachsen. 1899 vom Arzt aufgerichtet und Ring eingelegt. 1900 Spont.-Geb. 5 W. p. p. wegen Blutung Abrasio, Ring.

Klagen: Heftige Kreuzschm.; wehenartige Leibschm., Druck nach unten, Ziehen in den Beinen. Kopfweh, Erbrechen, Obstipation.

17. I. 07 (Nr. 53): Al.-Adams.

Post op.: Menses 3wöch., 5 T. Pat. schonte sich sehr, lag meist zu Bett. Sobald sie wieder voll arbeitete, die alten Beschw. verschlimmert.

1908 Ambulanz: Rfl. ut. mob. Wegen Beschw. ad internos. Behandlung in der Med. Kl. wegen Ulcus ventriculi.

Nachuntersucht 8. IV. 11: Chlorose. Nephroptose. Neurasthenie. Kleine Cystocele. Rfl. mob. Metritis. Bandverdickung.

B. Alexander-Adams und Abrasio.

135. S. M., Aufsehersfrau, 0 P., 39 J.

Menses: 16 J., 4wöch., 3—4 T., schwach.

Klagen: Seit 1899 steril verheiratet. 1903 deshalb Ring eingelegt, der allerlei Beschw. machte. — Ausfluß.

19. VII. 05 (Nr. 515): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Steril. Ausfluß unverändert.

Nachuntersucht 2. VI. 11: Einige infantile Zeichen. Ut. klein, beweglich, retrofl.

136. K. St., Gipsersfrau, 0 P., 43 J.

Menses: 17 J., 4 wöch., 8 T., mittelst.

Klagen: Seit 1895 steril verheiratet. Deshalb bereits 1901 operiert. Große Müdigkeit, nerv. Beschw.

9. XI. 03 (Nr. 574): Abrasio ergibt nihil. Dilatation mit Schröderschen Sonden. Discission des inneren Muttermundes. In Narkose gelingt es, den kl. Ut. nach vorn zu bringen. Al.-Adams.

Post op.: Sehr aufgeregt, sonst ganz gesund. Menses seit letztem Winter seltener und schwächer.

Nachuntersucht 8. V. 11: Ut. retrofl., aufrichtbar, hühnereigroß.

137. L. M., Weingärtnersfrau, III P., 35 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Lungenkatarrh, Bleichsucht.

Menses: 19½ J., 4 wöch., 3 T., schwach, nach der Verheiratung 8—10 T., stark.

Geburten: 1897 und 1901 spont.

Klagen: Seit dem 1. Wochenbett Kreuzschm., Ausfluß, schmerzhafte Menstruat., Kopfweh, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Blasenbeschw. etc.

27. VI. 07 (Nr. 553): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Geringe Besserung der Schm. Menses sehr stark, 1909 nochmals Abrasio. Danach Besserung der Blutung. Nerven- und Blasenbeschw. unverändert. 1910 Spont.-Geb.

Nachuntersucht 5. IX. 11: Kein Desc. Ut. retrovertiert, sinistroponiert, hühnereigroß. Erosio. Fluor. Bandverdickung.

138. K. Sch., Bauerstochter, 0 P., 31 J.

Hered.: Tbc.

Krankheiten: Lungenkatarrh und Lungenentzdg., Diphtherie.

Menses: 17 J., 4—5 wöch., 4—8 T., stark. Vom 18. J. an starke Leibkrämpfe, Schm. in den Beinen und im Rücken.

Klagen: Dysmenorrhoe, Druck nach unten, Ausfluß, Kopfweh, Schwindel etc., Blasenbeschw., Obstipation.

3. II. 04 (Nr. 73): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Kurze Zeit geringe Besserung der Schm., aber Verschlimmerung der nerv. Beschw. Nicht mehr arbeitsfähig seit der Operation. Menses 4—5 wöch., 4—8 T., stark, alle 14 T. blutiger Ausfluß.

Nachuntersucht 17. V. 11: Anämie. Unterernährung. Affectio apicis utriusque praecipue dextri. Damm muldenfg., kein Desc. Ut. retrofl., hühnereigroß, aufrichtbar. Ovarien unter mandelgroß. Lig. ovarii proprium r. verdickt, straff, ein kleines Knötchen darauf (Tbc.?)

139. F. S., Fabrikarbeiterin, 0 P., 35 J.

Krankheiten: Krupp, Typhus.

Menses: 19 J., 3wöch., 8—10 T., stark, mit Rücken- und Leibschm., Stechen in der Seite, Ziehen in den Beinen.

Klagen: Wegen profuser und schmerzhafter Menstruat. 1903 Abrasio, ohne Besserung. Seit Febr. 04 Menses 2wöch., 8—10—14 T. dauernd. Nerv.- und Blasenbeschw., Obstipat.

2. VII. 04 (Nr. 391): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Kein Unterschied. 1906 Op. außerhalb, danach etwas Besserung.

28. XI. 1908: Rfl. mob. Renes mob. Hängeleib. Glaubt gravid zu sein.

Nachuntersucht 8. V. 11: Menses 3wöch., 8—14 T., stark und schmerzhaft. Kreuzschm., Druck nach unten. — Unterernährung, Anämie, Enteroptose. Kein Desc. Ut. retrofl., aufrichtbar, derb, bewegl., hühnereigr. R. Ovar. bewegl., pflaumengr., im Douglas. L. ovar. normal an normaler Stelle. Beide Ligg. sacrout. lang und dehnbar.

140. B. H., Wäscherin, III P., 39 J.

Hered.: Tbc.

Menses: 16 J., vom 17. an 4wöch., 5—6 T., stark.

Geburten: 3 spont. 1895—99.

Klagen: Menses 1—3wöch., 8—10 T., stark, Kreuz- und Leibschm., Druck nach unten, Kopfweh, Magenschm. und Erbrechen.

28. VII. 06 (Nr. 576): Abrasio. Al.-Adams.

Post op.: Verschlimmerung aller Beschw. Arbeitsunfähig.

Nachuntersucht 27. IV. 11: Bronchitis. Hysteria gravis permaxima. Geringer Desc. Ut. tiefstehend, retrovertiert, aufrichtbar, hühnereigr.

141. K. S., Bauerswitwe, II P., 48 J.

Menses: 2—3—5—7wöch., 5—6 T., stark, sehr schmerzhaft.

Geburten: 2 spont., letzte 1896.

Klagen: Vorfall und Dysmenorrhoe.

16. II. 06 (Nr. 144): Abrasio. Al.-Adams. Das l. Lig. reißt ab. Eröffnung des Peritonealkegels; es gelingt nicht, das Lig. hervorzuziehen. Ut. bei Entlassung vollständig retrofl.

Post op.: Keine Besserung.

Nachuntersucht 11. IV. 11: Rechte Narbe verschiebl., linke eingezogen. Vor der Vulva die Portio in Hühnereigröße; in ihr sichtbar ein kl. Polyp. Ut. retrofl. im Becken; billardkugelgroß, leicht bewegl. Hämorrhoiden.

C. Alexander-Adams und Plastik.

142. T. M., Bauersfrau, III P., 30 J.

Menses: 13 J., vom 14. an 4 wöch., 7—8 T., stark mit geringen Beschwerden.

Geburten: 1902 Fehlgeb. Jan. 03 Spont.-Geb.

Klagen: Seit Okt. 03 neben der Periode Blutungen von sehr geringer Stärke mit Pausen von 8 T.—3 W., 2—3 T. dauernd. Beim Arbeiten bemerkt Pat. Hervortreten ihres Vorfalls, der ihr aber keine Beschw. macht.

24. V. 04 (Nr. 284): Al.-Adams. Plastik.

Post op.: Dez. 04 wieder in ärztl. Behandlung wegen Unterleibsbeschw. Fluor. 1906 Spont.-Geb. In der Schwangerschaft starkes Drängen nach abwärts.

Nachuntersucht 24. IV. 11: Damm 5 cm hoch, Scheide gut zurückgehalten. Portio etwas unter der Spinallinie. Ut. retrofl. leicht aufrichtbar, hühnereigroß.

Lebenslauf.

Ich, Helene Pauline Hölder, Tochter des am 14. April 1911 verstorbenen Geheimen Hofrates Professor Dr. iur. Eduard Hölder und seiner Gemahlin Luise, geb. Fick, wurde geboren zu Greifswald am 25. August 1878. Ich besuchte die höhere Töchterschule in Erlangen und von Ostern 1893—95 die Servièresche höhere Schule für Mädchen in Leipzig.

Michaelis 1902 bis 1905 nahm ich an den Realgymnasialkursen des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins in Leipzig teil. Nachdem ich das Abiturientenexamen am 11. September 1905 vor der Prüfungskommission der Petrischule (Realgymnasium) in Leipzig bestanden hatte, widmete ich mich dem Studium der Medizin in Leipzig, wo ich im Februar 1908 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Im Sommer 1908 und 1909 studierte ich in Tübingen, die übrigen drei klinischen Semester verbrachte ich in Leipzig. Dort bestand ich im Dezember 1910 das medizinische Staatsexamen.

Von Ende Januar 1911 bis 30. September 1911 war ich als Medizinalpraktikantin auf der geburtshilflichen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Tübingen beschäftigt. Vom 1. Oktober 1911 bis 31. März 1912 arbeitete ich in der Medizinischen Klinik und Nervenklinik unter Professor v. Romberg, anfangs als Praktikantin, dann als approbierte Aerztin. Ich erlaube mir, an dieser Stelle allen meinen hochverehrten Lehrern in Leipzig und Tübingen meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Helene Pauline Hölder, Tochter des am 14. April 1911 verstorbenen Geheimen Hofrates Professor Dr. iur. Eduard Hölder und seiner Gemahlin Luise, geb. Flick, wurde geboren zu Greifswald am 26. August 1878. Ich besuchte die höhere Töchterschule in Erlangen und von Ostern 1883—95 die Servitenschule höhere Schule für Mädchen in Leipzig.

Michaelis 1902 bis 1905 nahm ich an den Realgymnasialkursen des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins in Leipzig teil. Nachdem ich das Abiturientenexamen am 11. September 1905 vor der Prüfungskommission der Petrischule (Realgymnasium) in Leipzig bestanden hatte, widmete ich mich dem Studium der Medizin in Leipzig, wo ich im Februar 1908 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Im Sommer 1908 und 1909 studierte ich in Tübingen, die übrigen drei klinischen Semester verbrachte ich in Leipzig. Dort bestand ich im Dezember 1910 das medizinische Staatsexamen.

Von Ende Januar 1911 bis 30. September 1911 war ich als Medizinalpraktikantin auf der geburtshilflichen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Tübingen beschäftigt. Von 1. Oktober 1911 bis 31. März 1912 arbeitete ich in der Medizinischen Klinik und Nervenklinik unter Professor v. Bumberg, anfangs als Praktikantin, dann als approbierte Aerztin. Ich erlaube mir, an dieser Stelle allen meinen hochverehrten Lehrern in Leipzig und Tübingen meinen wärmsten Dank auszusprechen.